

Obeziteye Bağlı İleal Konduit Nekrozu

İleal Conduit Necrosis Due to Obesity: Case Report

Ercan MALKOÇ,^a
Sezgin OKÇELİK,^a
Hasan SOYDAN,^a
Ömer YILMAZ,^a
Kenan KARADEMİR^a

^aÜroloji Servisi,
GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi,
İstanbul

Geliş Tarihi/Received: 01.03.2014
Kabul Tarihi/Accepted: 08.05.2014

Yazışma Adresi/Correspondence:
Sezgin OKÇELİK
GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi,
Üroloji Servisi, İstanbul,
TÜRKİYE/TURKEY
drsezginokcelik@hotmail.com

ÖZET Sistektomi sonrasında yapılan diversiyonlarda çeşitli komplikasyonlar görülebilmekte ve obezite tek başına bu komplikasyonları da arttırmaktadır. Biz de 57 yaşında beden kitle indeksi 40,7 kg/m² olan, aralarında Diabetes mellitusun da olduğu çeşitli komorbiditeleri bulunan hastada konduit nekrozunu değerlendirdik. Ameliyat sonrası ikinci günde stomada nekroz bulguları başlayan hasta postoperatif 10. günde eksplere edildi. Sadece rektus kasının fasyasıyla cilt arasında kalan ileal loopun nekroze olduğu görüldü. Genel durumu iyi olmayan hastaya bilateral nefrostomi planlandı. Nekroze loop eksize edildi ve sağlam loop rektus abdominis kasının arka fasyasına sütüre edilerek içerisine sonda yerleştirildi. Ameliyat sonrası yara iyileşmesi kötü olan hastaya hiperbarik oksijen tedavisi uygulamasıyla beraber vakumla yara tedavisi (VAK) cihazı yerleştirildi. Bu tedaviyle yara yeri iyileşen hastaya detaşman onarımı yapıldı. Postoperatif 10. günde dikişleri alınan hastanın yarasının iyileştiği görüldü. Obezitenin oluşturduğu mekanik ve metabolik komplikasyonlar konduit nekrozuna ve yara yeri komplikasyonlarına neden olabilmektedir. Bu yüzden aşırı obez hastalarda cilde ağızlaştırılmayan kontinan diversiyonlar (ortotopik mesane ve üreterosigmoidostomi) düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Obezite, abdominal; obezite; üriner diversiyon

ABSTRACT Obesity increases peroperative and postoperative complications. These complications are seen at diversions after cystectomy. Obesity also increases these complication rates. We assessed fifty seven years old woman, whose body mass index is 40.7 kg/m², with comorbidities as diabetes mellitus. The conduit went necrosis postoperative tenth day. Glisemia rates were high after operation. Ileus was became because of hypothyroidia. Supraventricular tachicardia developed. All these complications were healed with the consultations from the related clinics. We saw the necrosis at distal part of the stoma. Therefore we explored the patient and removed the necrotic part. We decided to make the diversion after the patient will get well enough. We put a foley catheter into the healthy part of conduit. We put bilaterally nefrostomy catheter then. We began to give hyperbaric oxygen treatment for wound healing. There was a problem with wound healing and we got plastic surgery consultation. They put a device which sucks fluid from the wound space. They sutured the wound after healing. We took the sutures ten days after. Mechanic and methabolic complications due to obesity causes conduit necrosis and wound infections. Because of this continan diversions should be preferred for obese patients.

Key Words: Obesity, abdominal; obesity; urinary diversion

Türkiye Klinikleri J Urology 2014;5(1):29-32

Radikal sistektomi ve üriner diversiyon, kas invaziv mesane kanserinde altın standart tedavi yöntemidir.¹ Radikal sistektomiyle beraber kontinan ve kontinan olmayan diversiyonlar yapılabilir. Her iki diversiyon yöntemi sonrasında da çeşitli komplikasyonlar görülebilmektedir. Bu

komplikasyonlar erken (ilk 30 gün içerisinde oluşan) ve geç olmak üzere ikiye ayrılır. Erken komplikasyonlar intestinal obstrüksiyonlar, fistül oluşumu, ileoileal veya ileoüreteral anastomoz kaçakları, yara yeri enfeksiyonları, yara dudaklarında açılma, ileal loop nekrozu ve piyelonefrit olarak sıralanabilir.² Geç komplikasyonlar ise intestinal obstrüksiyonlar, piyelonefrit, böbrek fonksiyonlarında bozulma, üreteroileal striktür ve obstrüksiyon, stomal stenoz, parastomal herniasyon, taş oluşumu, metabolik bozukluklar ve kanser oluşumudur.² Nadir görülen erken komplikasyonlardan olan konduit nekrozu mezenter yaralanmasına, lopun twist olmasına bağlı beslenme bozukluğu sonucu oluşur.² Bu durum eksplorasyon ve yeni bir loop oluşturulmasını gerektirmektedir.³ İkinci bir cerrahi işlem ise morbidite ve mortalite riskini arttırmaktadır.

Çalışmamızda, hastamızın onayını aldıktan sonra radikal sistektomiyle beraber yapılan ileal konduit sonrası gelişen erken komplikasyonlardan olan konduit nekrozunu inceledik. Olgumuzda literatürden farklı olarak konduit nekrozuna neden olan etken mezenter yaralanmasına bağlı değildir.

OLGU SUNUMU

Elli yedi yaşında diabetes mellitus, hipertansiyon, hipotiroidi ve obezitesi olan hasta, polikliniğimize makroskobik hematüri şikâyetiyle başvurdu. Hastanın beden kitle indeksi (BKİ) 40,7 kg/m² idi. Daha çok santral obezitesi mevcuttu (Resim1). Yapılan ultrasonografisinde mesane içerisinde sol yan duvar ve sol arka duvarda geniş bir alanda sol üreter orifisini de kapsayacak şekilde yaklaşık 57x34 mm kitle lezyonu izlendi. Sol tarafta grade iki üreterohidronefroz mevcuttu. Hastaya transüretal olarak mesanedeki tümörün rezeksiyonu (TUR-MT) yapıldı. TUR-MT patolojisi muskularis propriaya invaze (pT2) yüksek dereceli invazif ürotelyal karsinoma olarak rapor edildi. Bunun üzerine hastamıza radikal sistektomi ve ileal konduit ameliyatı yapıldı. Patolojisi yüksek dereceli invaziv ürotelyal karsinoma olarak raporlandı. Bir adet sağ obturator lenf nodunda metastaz saptandı.

Postoperatif (PO) iki gün endokrinoloji konsültasyonu ile belirlenen şekilde dörtlü (3x28 ünite



RESİM 1: Beden kitle indeksi 40,7 kg/m² olan santral obez hasta. (Renkli hali için Bkz. <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/uroloji-dergisi/1309-632X/>)

hızlı etkili, 1x1 orta etkili) insülin tedavisi verilmesine rağmen hastanın glisemi değerleri 300-700 mg/dL arasında seyretti. PO üçüncü günde tekrar endokrinoloji konsültasyonu alındı. Hastanın total parenteral beslenmesi kesildi. Hastaya GIK (%5 dekstroz, glukoz, insülin, potasyum) solüsyonu infüzyonu başlandı. Bu tedaviyle hastanın kan şekeri değeri PO üçüncü günden sonra normal seviyelere indi. Takiplerinde supraventriküler taşikardisi olan hastanın tedavisi karotis masajı ve diltiazem infüzyonu ile yapıldı. Aynı zamanda PO tiroid ilaçlarını kullanmayan hastaya paralitik ileus gelişmesi nedeniyle nazogastrik sonda takıldı ve PO yedinci gün çekildi. Hastada yara detaşmanı ve stomanın kenarında yaklaşık 5x4 cm'lik bir alanda piyoderma sonucu gelişen epidermis nekrozu meydana geldi (Resim 2).

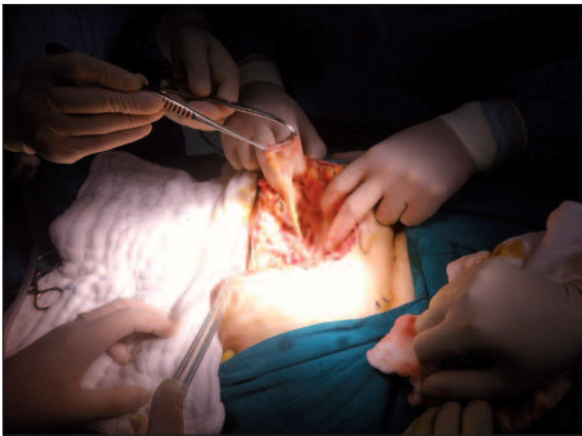
PO ikinci günde stomanın 1/3'lük kısmının renginde hafif koyulaşmayla başlayan ve sonraki günlerde yavaş ilerleyen stoma nekrozu bulguları görüldü. PO 10. günde incelen ve sadece mukozası kalan stoma nedeniyle hastaya eksplorasyon yapıldı. Stomanın sadece cilt ile rektus kasının arka



RESİM 2: 5x4 cm'lik bir alanda piyoderma sonucu gelişen epidermis nekrozu ve stoma nekrozu (PO 10. gün).

(Renkli hali için Bkz. <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/uroloji-dergisi/1309-632X/>)

fasyası arasında kalan kısımdaki muskularispropria ve seroza tabakalarının nekroze olduğu görüldü (Resim 3). Stomanın nekroze olan kısmı eksize edildi (Resim 3). Hastanın genel durumunun bozuk olması nedeniyle bu aşamada ikinci bir barsak divertiyonu düşünülmedi. Batın içerisinde kalan sağlam stomanın uzunluğunun 13 cm olduğu görüldü. Hastanın obez ve cilt altı dokusunun nekroze olması nedeniyle stoma bu aşamada cilde ağızlaştırılmadı. Bilateral nefrostomi ve genel durumunun düzelmesine müteakip stomanın cilde ağızlaştırılması planlandı. Stomanın sağlam kısmına 16 numara foley sonda yerleştirilerek 4.0 vicryl ile kapatıldı ve rektus abdominis kasının arka fasyasına sabitlendi. Sonda sağlıklı cildin olduğu yerden dışarı alındı. Batın içerisine dren yerleştirildi ve



RESİM 3: Nekroze konduit.

(Renkli hali için Bkz. <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/uroloji-dergisi/1309-632X/>)

geniş bir cilt ve cilt altı dokusu eksize edilerek cilt kapatıldı.

Ameliyat sonrasında hastaya bilateral nefrostomi takıldı. PO ikinci günde yara iyileşmesinin kötü olması nedeniyle plastik cerrahi konsültasyonu doğrultusunda hiperbarik oksijen tedavisi başlandı. PO yedinci günde yara yerinin detaşe olması nedeniyle yara bölgesinin temizliği ve kuru kalması için cilt altı bölgeye vakumla yara tedavisi (VAK) cihazı yerleştirildi. Yaklaşık iki haftalık VAK ve hiperbarik oksijen tedavisi sonrasında yara onarılabilecek hale geldi. Cilt ve cilt altı bölgedeki nekrotik alanlar eksize edilerek yeniden detaşman onarımı yapıldı. PO 10. günde dikişleri alınan hastanın yarasının iyileştiği görüldü.

TARTIŞMA

Obezite tek başına sistektomi sonrası ileal konduit ameliyatlarında komplikasyon riskini arttırmaktadır.⁴ Yara komplikasyonları (yüzeysel olabildiği gibi derin bölgede), renal komplikasyonlar, stomal komplikasyonlar obez hastalarda daha sık görülen komplikasyonlardır.^{4,5} Bizim hastamızda bu komplikasyonlardan farklı olarak obezitenin oluşturduğu mekanik ve metabolik nedenlere bağlı olarak loop nekrozu görüldü. İleal loop uzunluğu planlanırken gerginliksiz olacak şekilde uzunluk ayarlanmalıdır.⁶ Bu yüzden ileal loop uzun olacak şekilde ameliyat gerçekleştirildi ve stoma cilde ağızlaştırıldığında loop gergin değildi. Stoma obeziteye bağlı cilt kat-



lantılarından etkilenmemesi ve gergin olmaması için gerekirse göbek üstü bir seviyeye yerleştirilmelidir.³ Ancak bizim hastamızda göbek üstü seviyede bile cilt katlantıları olduğu için az katlantısı olan göbek altı seviyesinde bir noktaya stoma yerleştirildi. Buna rağmen ileal loopun sadece rektus fasyasıyla cilt arasında kalan kısımda nekroz gelişti. Rektus kasının fasyasına yeterli genişlikte insizyon yapılmasına rağmen sadece bu segmentte nekrozun gelişmesinin nedeni olarak aşırı derecede kalın cilt altı dokusunun özellikle hasta mobilize olduğu zaman kendi üzerine katlanması ve buna bağlı loopun üst segmentinde aralıklı olarak gelişen dolaşım bozukluğu olduğu düşünüldü. Mümkünse ileal loop nekrozundan kaçınmak için morbid obez hastalarda üriner diversiyon olarak ileal konduitten ziyade ortotopik mesane veya üreterosigmoidostomi ameliyatları düşünülmelidir.

Obeziteyle beraber olan diabetes mellitus yara iyileşmesini olumsuz etkilemektedir.^{5,7} Bizim hastamızda bu durum açık şekilde görülmüştür. Hastada piyoderma enfeksiyonu ve sonrasında cilt nekrozu gelişti. Yara iyileşmesinin idealize edilmesi

için bu hastalarda VAK ile hiperbarik tedavisi birlikte kullanılabilir.

Obezitenin radikal sistektominin komplikasyonları üzerine etkisinin bir araştırmada hastalar BKİ <30 ve ≥30 olanlar şeklinde iki gruba ayrılarak değerlendirildiğinde, yüzeysel cilt enfeksiyonları, böbrek yetmezliği ve ameliyat süresi BKİ ≥30 olanlarda istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur.⁵ Mortalite oranları ve diğer komplikasyonlar ise benzer olarak bulunmuştur. Ancak bizim hastamızın BKİ'nin 40,7 olduğu unutulmamalıdır.

Obezite ileal neoblader için bir kontrendikasyon değildir. Aksine obez hastalarda cilde ve cilt altına ait komplikasyonların fazla olması kutaneal konduitleri ikinci plana itebilir. Ancak neobladder yapılırken de kısa ve kalın mezenter nedeniyle neobladderin doğal üretraya ulaştırılması sıkıntılı olabilir.⁸

Obezitenin oluşturduğu mekanik ve metabolik etkenlerin konduit nekrozuna neden olabileceği akıldan çıkarılmamalıdır. Aşırı obez bireylerde ileal konduitten ziyade vücut içi kontinan diversiyon düşünülmelidir.

KAYNAKLAR

- Hautmann RE, Paiss T. Does the option of the ileal neobladder stimulate patient and physician decision toward earlier cystectomy? *J Urol* 1998;159(6):1845-50.
- Killeen KP, Libertino JA. Management of bowel and urinary tract complications after urinary diversion. *Urol Clin North Am* 1988;15(2):183-94.
- Kanofsky JA, Godoy G, Taneja SS. [Complications of conduit urinary diversion]. In: Taneja SS, ed. Yaman Ö, çeviri editörü. *Ürolojik Cerrahinin Komplikasyonları: Önleme ve Yönetim*. 4. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi; 2012. p.538-42.
- Kouba E, Sands M, Lentz A, Wallen E, Pruthi RS. Incidence and risk factors of stomal complications in patients undergoing cystectomy with ileal conduit urinary diversion for bladder cancer. *J Urol* 2007;178(3 Pt 1):950-4.
- Tyson MD, Humphreys MR, Castle EP. Obese patients undergoing cystectomy: A population-based, propensity score matched analysis. *Int J Urol* 2014;21(5):491-5.
- Colombo R, Naspro R. Ileal conduit as the standard for urinary diversion after radical cystectomy for bladder cancer. *European Urology Supplements* 2010;9(10):736-44.
- Chuah LL, Papamargaritis D, Pillai D, Krishnamoorthy A, le Roux CW. Morbidity and mortality of diabetes with surgery. *Nutr Hosp* 2013;28(Suppl 2):47-52.
- Lee RK, Abol-Enein H, Artibani W, Bochner B, Dalbagni G, Daneshmand S, et al. Urinary diversion after radical cystectomy for bladder cancer: options, patient selection, and outcomes. *BJU Int* 2014;113(1):11-23.