

Obezite cerrahisi sonrası Graves hastalığı

Graves disease after obesity surgery

Melisa Şahin Tekin*, Göknur Yorulmaz**

* Eskişehir Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Eskişehir

**Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Endokrinoloji Bilim Dalı, Eskişehir

Özet

Obezite cerrahisi morbid obez hastalarda diyet, egzersiz ve medikal tedaviye kıyasla belirgin kilo kaybı sağlayıcı etkisi ve komorbid durumlar üzerindeki olumlu etkileri ile giderek daha fazla tercih edilir hale gelmektedir. Cerrahi sonrası takipte multidisipliner yaklaşım önemli olup bariyatrik cerrahi uzmanının yanı sıra endokrinoloji uzmanı da mutlaka ekibin bir parçası olmalı, kilo verme süreci boyunca endokrin fonksiyonlar yakından izlenmelidir. Bu yazıda bariyatrik cerrahi sonrası ideal kilosuna ulaştıktan bir süre sonra kilo kaybı istemsiz olarak devam eden ve Graves hastalığı saptanan bir olgu sunulmaktadır.

Pam Tıp Derg 2018;11(1):65-67

Anahtar sözcükler: Obezite cerrahisi, bariyatrik cerrahi, hipertiroidi, Graves hastalığı

Abstract

Bariatric surgery is increasingly used in morbidly obese patients to achieve significant reduction of body weight compared to diet, exercise and pharmacotherapy; and concurrent improvement in co-morbidities. Multidisciplinary approach is important in postoperative follow-up of patients who underwent bariatric surgery and not only the bariatric surgeon but also endocrinology specialist must be a member of the team and endocrin functions should be watched carefully along the weight loss period. In this article a case with involuntary weight loss after bariatric surgery in which Graves disease is found to be the reason is reported.

Pam Med J 2018;11(1):65-67

Key words: Obesity surgery, bariatric surgery, hyperthyroidism, Graves disease

Giriş

Bariyatrik cerrahi obezite ve obezite ilişkili komorbid durumların tedavisinde gün geçtikçe daha sık başvuru alan bir tedavi seçeneği olmaktadır. Diyet, egzersiz ve medikal tedaviyle kilo kontrolünün sağlanamadığı, vücut kitle indeksi (body mass index, BMI) ≥ 40 kg/m² olan veya BMI ≥ 35 kg/m² olup tip 2 diyabet, hipertansiyon, kardiyomiyopati, uyku apnesi veya ciddi eklem hasarı gibi komorbid durumların bulunduğu obez hastalarda cerrahi önemli bir tedavi alternatifi olarak yerini korumaktadır [1]. Artan cerrahi uygulamalarda sleeve gastrektomi gibi laparoskopik olarak gerçekleştirilen ve diğer cerrahi prosedürlere kıyasla uygulanabilirliği daha kolay olan ve hızlı kilo kaybı sağlama ile

daha çabuk sonuç alınan tekniklerin gelişmesi ve yaygınlaşması önemli rol oynamaktadır.

Olgu Sunumu

Üç yıl önce sleeve gastrektomi operasyonu geçirmiş 23 yaşında kadın hasta operasyon sonrası yaklaşık 18 ayda 145 kg'dan (BMI 56,6 kg/m²) ideal kilosuna olan 60 kg'a (BMI 23,4 kg/m²) düşmüştü. İdeal kilosuna düştükten sonra kilosunu koruyan hasta son üç ayda istemsiz kilo kaybı, yutma güçlüğü, ellerde titreme ve çarpıntı yakınmalarıyla polikliniğe başvurdu. Verilen diyet programına uyumda sorunu olmayan hastanın bulantı, kusma, karın ağrısı, mide ağrısı, regürjitasyon veya pirozis benzeri gastroözofajial reflü düşündürecek

Melisa Şahin Tekin

Yazışma Adresi: Eskişehir Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Eskişehir

e-mail: melisasahin@gmail.com

Gönderilme tarihi: 14.09.2017

Kabul tarihi: 28.09.2017

yakınması yoktu, günlük protein alımı yeterliydi. Herhangi bir ilaç kullanımı olmayan hastanın fizik muayenesinde proptozis mevcuttu, tiroid palpabl idi, duyarlılık yoktu, kalp hızı 120 atım/dk idi. EKG'de kalp hızı 122 atım/dk, ritm sinüs ritmi olarak saptandı. Laboratuvar tetkiklerinde tiroid stimüle edici hormon (TSH) <0.01 mIU/ml, serbest T4 (sT4) 2.5 ng/dl (0.7-1.48), serbest T3 (sT3) 17.4 pg/ml (1.71-3.71) bulundu. Preoperatif bakılan tetkiklerinde TSH 2.59 uIU/ml, sT4 1.06 ng/dl (0.93-1.7), sT3 3.37 pg/ml (2-4.4) olduğu görüldü. Malnütrisyon açısından bakılan hemogloblin, serum demiri, demir bağlama kapasitesi, ferritin, vitamin B12, kalsiyum ve D vitamini seviyeleri normal bulundu. Tiroid ultrasonografisinde tiroid bez boyutu artmış, parankim ekojenitesi tiroiditle uyumlu, doppler incelemede bezin kanlanması artmış olarak izlendi. Eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) ve C-reaktif protein (CRP) normal sınırlarda saptandı. Antitiroglobulin antikor 261 IU/ml (0-60), anti tiroidperoksidaz (TPO) antikor 656 IU/ml (0-60), TSH reseptör otoantikoru 17.8 IU/ml (<0.1 negatif, 0.1-0.55 gri zon, >0.55 Basedow Graves için cut-off değer) bulundu. Hastada Graves hastalığı düşünülerek propranolol 40 mg/gün ve metimazol 30 mg/gün tedavisi başlandı.

Tartışma

Tirotoksikoz dokuların yüksek dozda tiroid hormonuna maruz kalması olarak tanımlanmaktadır, tiroid hormon fazlalığının tiroid bezi kaynaklı olduğu durumlar hipertiroidi olarak adlandırılmaktadır. Hipertiroidin başlıca belirtileri sıcak intoleransı, aşırı terleme, irritabilite, ince tremor, halsizlik, kas güçsüzlüğü, taşikardi, kilo kaybı, diyare ve oligomenoredir. Hipertiroidin en sık nedeni Graves hastalığı olup toksik multinodüler guatr ve soliter toksik nodüller onu izlemektedir [2]. Graves hastalığı her yaşta görülebilmesine rağmen en sık 20-40 yaş arası görülür. Otoimmün kökenli olup kadınlarda erkeklere oranla 7-10 kat daha fazla görülür. Hastalığın klasik triadı diffüz guatr, hipertiroidi ve oftalmopati'dir.

Cerrahi prosedürlerin hızlı sonuç veren etkileri bariyatrik cerrahi tedaviyi tercih eden obez hastaların yaş ortalamasını giderek daha da düşürmektedir. Son yıllarda laparoskopik sleeve gastrektomi dünya çapında en sık uygulanan bariyatrik cerrahi yöntemi olmuştur [3]. Ülkemizde de bariyatrik cerrahi uygulamaları

gün geçtikçe daha sık yapılır hale gelmiştir.

Obezite cerrahisi sonrası kontrol edilemeyen kilo kayıplarında cerrahiye bağlı komplikasyonlar ilk planda düşünülmesi gereken durumdur. Yapılan operasyonun tipine göre komplikasyonlar da değişiklik göstermektedir. Bariyatrik prosedürler restriktif ve malabsorbtif olmak üzere ikiye ayrılır, restriktif prosedürlerde gıda alımı kısıtlanırken malabsorbtif prosedürlerde gıda emiliminin azaltılması söz konusudur, her ikisinin beraber kullanıldığı kombine ameliyat yöntemleri de mevcuttur[4]. Olgumuza uygulanmış olan sleeve gastrektomi restriktif bir prosedürdür, ancak ghrelin salınımı da azalacağı için iştah baskılanması da gerçekleşir, bu da bariyatrik prosedürün hormonal etkisi olarak kabul edilebilir [5]. Sleeve gastrektomi restriktif olduğu halde gastrik motilitede de değişikliklere yol açacağından ameliyat sonrası sonuçlar buna göre de değişkenlik gösterebilir [6]. Sleeve gastrektomi midenin büyük kurvatur kısmının büyük bölümünün çıkarılarak tüp şeklini aldığı bir tür parsiyel gastrektomidir. Sleeve gastrektominin başlıca komplikasyonları sıralanacak olursa operasyon tekniğine bağlı olarak dikiş hattının diğer prosedürlere göre çok daha uzun olması nedeniyle dikiş hattında kaçak, dikiş hattında kanama, geç dönemde stenoz veya tüpte kıvrılmaya bağlı gastrik luminal daralma ve reflü sayılabilir [7]. Bu komplikasyonların yönetilmesinde bazı durumlarda cerrahi eksplorasyon gerekli olabilir. Hastamızın sorgulamasında istenmeyen kilo kaybına yol açacak operasyon ile ilişkili komplikasyon düşündürür bir yakınma saptanmamıştır, laboratuvar incelemelerinde de gastrik motilite değişikliğine bağlı emilim kusuru düşündürecek bozukluk izlenmemiştir, ideal kiloya ulaştıktan sonra istem dışı devam eden kilo kaybı nedeni olarak Graves hastalığı ortaya konmuştur.

Ülkemizde her geçen gün artan bariyatrik operasyon uygulamalarına rağmen şimdiye kadar bildirilen herhangi bir postoperatif hipertiroidi olgusu bulunmamaktadır. Literatür tarandığında üç olgu bildirimine rastlanmıştır, bunlardan ilki Roux-en-Y gastrik bypass sonrası üçüncü haftada aralıklı karın ağrısı ve taşikardi ile prezente olan ve subakut tiroidit olarak değerlendirilen 22 yaşında bir kadın olgu [8], ikincisi Roux-en-Y gastrik bypass operasyonu

öncesi ötiroid olup operasyon sonrası ilk günde ateş ve taşikardi ile prezente olan ve anastomoz kaçağı şüphesi ile reeksplorasyon yapılan, ancak kaçak saptanmayıp tablo tirotoksikoz ile açıklanan 26 yaşında bir kadın olgu [9], üçüncüsü de supraventriküler aritmi nedeni amiodaron kullanımı olan ve Roux-en-Y gastrik by pass operasyonu sonrası altıncı ayda amiodarona bağlı subklinik hipertiroidi saptanan 53 yaşında bir erkek olgudur [10]. Bariyatrik cerrahi sonrası bildirilen Graves olgusuna rastlanılmamıştır.

Obezite cerrahisi sonrası kontrol edilemeyen kilo kayıplarında cerrahiye bağlı komplikasyonların yanı sıra hipertiroidi semptomları da benzer klinik bulgulara yol açabilmesi nedeniyle akılda tutulmalıdır. Cerrahiye bağlı komplikasyonlarla hipertiroidi bulguları karıştırılabileceğinden ayırıcı tanıda tiroid fonksiyon testlerinin yapılması gereksiz cerrahi müdahalelerin önüne geçebilme şansı tanınması açısından önemlidir. Graves hastalığı genç ve orta yaş popülasyonunda hipertiroidinin sık görülen sebebi olması nedeniyle ve obezite cerrahisi uygulanan hastaların yaş grubunun da benzer olması sebebiyle hastaların yalnız preoperatif dönemde değil postoperatif dönemde de tiroid fonksiyonları açısından yakın takibi ihmal edilmemelidir.

Çıkar ilişkisi: Yazarlar çıkar ilişkisi olmadığını beyan eder.

Kaynaklar

1. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement. Gastrointestinal surgery for severe obesity. Am J Clin Nutr 1992;55:615-619.
2. Cooper DS. Hyperthyroidism. Lancet 2003;362:459-468.
3. Buchwald H, Oien DM. Metabolic/bariatric surgery worldwide 2011. Obes Surg 2013;23:427.
4. Lim RB, Blackburn GL, Jones DB. Benchmarking best practices in weight loss surgery. Curr Probl Surg 2010;47:79.
5. Karamanakos SN, Vagenas K, Kalfarentzos F, Alexandrides TK. Weight loss, appetite suppression, and changes in fasting and postprandial ghrelin and peptide-YY levels after Roux-en-Y gastric bypass and sleeve gastrectomy: a prospective, double blind study. Ann Surg 2008;247:401.
6. Braghetto I, Davanzo C, Korn O, et al. Scintigraphic evaluation of gastric emptying in obese patients submitted to sleeve gastrectomy compared to normal subjects. Obes Surg 2009;19:1515.
7. Lalor PF, Tucker ON, Szomstein S, Rosenthal RJ. Complications after laparoscopic sleeve gastrectomy. Surg Obes Relat Dis 2008;4:33.
8. Carneiro JR, Macedo RG, DaSilveira VG. Thyrotoxicosis after gastric bypass. Obes Surg 2004;14:699-701.
9. Lynch BA, Dolan JP, Mann M. Thyrotoxicosis after gastric bypass surgery prompting operative re-exploration. Obes Surg 2005;15:883-885.
10. Bourron O, Ciangura C, Bouillot JR, Massias L, Poitou C, Oppert JM. Amiodarone-induced hyperthyroidism during massive weight loss following gastric bypass. Obes Surg 2007;17:1525-1528.