

Dört Morbid Obez Hastanın Takipleri: Olgu Serisi **Four Morbid Obese Patient's Ticks: Case Series**

Abdurrahman Ersü¹, Nazmiye Ersü¹, Umut Gök Balcı², Kurtuluş Öngel³

¹ Asist.Dr., İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, İzmir, Türkiye

² Uzm.Dr., İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, İzmir, Türkiye

³ Doç.Dr., İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Özet

Morbid obezite ülkemiz için gün geçtikçe ciddi bir tehdit oluşturmaktadır. Sadece kişisel bir rahatsızlık olmayıp; bireylerin çevrelerini de etkileyen çok önemli bir tehdittir. Bu hasta grubu, spesifik özelliklere sahiptir. Bu açıdan, belli aralıklarla düzenli takipleri gerekir. Bu makalede de dört morbid obez hastanın takiplerinden bahsedilmiş; konunun önemi vurgulanmıştır.

Abstract

Morbid obesity is a serious threat to our country. It is not just a personal discomfort; It is a very important threat that affects the environment of the individual. This patient group has specific characteristics. In this respect, regular follow-ups are required at certain intervals. In this article, four morbid obese patients' tactics were mentioned; emphasis on the importance of the subject.

Kabul Tarihi: 23.01.2015

Obezite hem Türkiye’de hem de dünyada büyüyen bir sorundur. Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan ve 12 yıl süren MONICA çalışmasında son 10 yılda obezite prevalansında %10-30 artış saptandığı belirtilmiştir (1). Bununla birlikte TEKHARF çalışmasına göre ülkemizde her beş kişiden biri obez ya da fazla kilolu olup metabolik sendrom kriterlerini karşılamaktadır (2). Bu makalede Palyatif Aile Hekimliği Servisi’nde yatan morbid obezitesi ve ek hastalıkları olan 4 olgunun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu 1:

34 yaşında kadın hasta. Bilinen diabetes mellitus ve hipertansiyon tanıları mevcut. Morbid obez olan hastanın dört yıldır immobil olduğu öğrenildi. Gluteal bölgede bası yarası şikayetiyle acil servise başvurmuş. Acil serviste değerlendirilen hasta obezite ve bası yaralarının tedavisi amacıyla Palyatif Aile Hekimliği Servisi’ne yatırıldı. Hastanın genel durumu iyiydi ancak hasta morbid obezite nedeniyle immobildi. Fizik bakışında bilateral gluteal bölgede ve bacak lateralinde bülloz, sulu lezyonlar mevcuttu; pretibial ödem saptandı. Bunun dışında diğer sistemik bakıları olağandı.

Laboratuvar incelemesinde CRP:13.4, açlık kan glukozu:157 mg/dl, HDL:25 mg/dl, protein:6,2

g/dl, albumin:2,8 g/dl olarak saptandı. Hemogloblin:9,5 gr/ dl, hematokrit:%30, MCV:66 fL, RDW:%20,4’ tü ve lökositöz saptanmadı. Tam idrar tetkikinde ise +3 glukoz mevcuttu.

Enfekte bası yaraları olan hasta için enfeksiyon hastalıkları uzmanı tarafından ciprofloksasin ve amoksisilin-klavilunat başlanması önerildi. Hasta, yara bakım hemşiresi tarafından da değerlendirildi; dakin solüsyonu ile günde bir kez pansuman önerildi. Plastik Cerrahi tarafından ise çinko oksitli pomad ve talk pudra ile pansuman, haftada iki kez yara kültürü alınması önerildi. Üre ve kreatinin değerleri yükselen hastaya Nefroloji konsültasyonu istendi. İntravenöz hidrasyon ve nefrotoksik ilaçların kesilmesi önerildi. Hastanın antibiyoterapi ampisilin-sülbaktam olarak değiştirildi. Hidrasyon sonucunda kreatinin düzeyi geriledi.

Yatışının 14.gününde alınan kan kültüründe Morganella Morganii ve Pseudomonas Aeruginosa üremesi saptandı. Enfeksiyon hastalıkları’nın önerisiyle antibiyoterapisi değiştirildi ve piperasilin tazobaktama geçilerek 14 gün süreyle uygulandı. Üre ve kreatinin değerleri normal olan hastaya metformin başlandı. Takibinde veziküler lezyonları olan hastanın gönde ön yüzde kaşıntılı veziküler lezyonları oluştu. Dermatoloji tarafında konsülte edildi ve Molloscum contagiosum düşünülerek fusidik asit içeren pomad başlandı. Tedavi

sonrasında lezyonları geriledi. Yatışının 32.gününde mobilizasyon denendi. Hasta ayağa kaldırıldı ve 1,5 dk süreyle ayakta kalabildi. Bu sürede tartıldı ve vücut ağırlığı 212 kg olarak ölçüldü. Yara bakım hemşiresi tarafından pansumanları yapıldı, yaralarının epitelize olduğu izlendi. Laboratuar değerleri normal olarak seyreden hastanın yakınlarına evde hasta bakımı konusunda eğitim verildi. Tedavisi devam eden hasta evde bakım hizmetlerine bağlanarak obez ambulansı ile taburcu edildi.

Olgu 2:

35 yaşında kadın hastanın 20 yıldır sürekli kilo alımı mevcutmuş. 20 yıl önce 80 kg civarında olduğunu belirten hastanın 5 yıl önce sol ayağında fraktür oluşumu sonrası kilo alımı hızlanmış. Diabetes mellitus ve hipertansiyon öyküsü mevcut. Kilo verme isteği olan hasta Palyatif Aile Hekimliği Servisi'ne yatırıldı. Genel durumu iyi olan hastanın fizik bakışında özellik saptanmadı. Vücut ağırlığı 242,5 kg olarak ölçüldü ve vücut kütle indeksi (VKİ) 89'du. Hemogram, biyokimya ve tiroid fonksiyon testleri olağandı.

Furasemid ve metformin başlandı. Diyetisyen tarafından değerlendirilen hastanın 2200 kcal/gün diyeti düzenlendi. 2 mg deksametazon supresyon testi yapılan hastanın, kortizol düzeyi 9,63'tü ve normal sınırlardaydı. İzleminde 237 kg olarak tartılan hasta tedavisi devam ederken taburcu olmak istediğini belirtti. Bunun üzerine medikal tedavisi düzenlenerek ve obezite poliklinik kontrolü, endokrinoloji poliklinik kontrolü, obstrüktif uyku apnesi açısından göğüs hastalıkları poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

Olgu 3:

42 yaşında erkek. Bilinen kronik hastalık öyküsü ve ilaç kullanımı öyküsü yok, alkol kullanımı var. Son 1,5 aydır hareketlerinde azalma yakınması mevcut. Morbid obez olan ve evde bakım hizmetleri tarafından değerlendirilen hasta Palyatif Aile Hekimliği Servisi'ne yatırıldı.

Fizik muayenede kan basıncı 130/80 mmHg, nabız 66/dk ve oksijen saturasyonu oksijensiz %80, oksijenli olarak %97 idi. Kalp ve akciğer sesleri derinden gelmekteydi. Karında striaları mevcuttu. Her iki alt ekstremitede kızarıklık, ısı artışı, ödem mevcuttu. Diğer sistem bakıları hastanın immobil olması ve ileri derecede

morbid obez olması nedeniyle yapılamadı ve hastanın vücut ağırlığı ölçülemedi. Hastanın hemogram, biyokimya ve tiroid fonksiyon testleri olağandı. Yatışında solunum sıkıntısı olan hastaya furosemid infüzyonu, elektrolit ve aldığı-çıkardığı takibi, tuzsuz diyet önerildi. Dispnesi olan hipoksik hastaya Göğüs Hastalıkları tarafından, obezite hipoventilasyon sendromu tanısıyla polisomnografi yapıldı. Hastanın izleminde böbrek fonksiyonları bozuldu. Solunum sıkıntısı artan ve hipoksisi derinleşen hasta yoğun bakıma nakil edildi. Genel durumu düzelen hastanın yağ nekrozuna yol açan derin dekübit yaraları mevcuttu. Vakum sistemli pansuman ve 2 günde bir ıslak pansuman uygulandı. Bir süre karbondioksit seviyesi yüksek seyreden hastaya BiBapp uygulandı. Böbrek fonksiyon testlerinin de olağan seyretmesi üzerine metformin başlandı. Hastaya 2200 kcal/ gün tuzsuz diyet başlandı. Kilo kaybı sonrasında mobilize olan hasta yürümeye başladı. Vücut ağırlığı 210 kg olarak ölçüldü. Kilo kaybı için motive olan hasta, obezite poliklinik kontrolü ile taburcu edildi.

Tartışma

Obezite tedavisi, obez hastaların immobilizasyon, kalp yetmezliği, obstrüktif uyku apne sendromu ve metabolik sendrom gibi ek hastalıkları nedeniyle multidisipliner bir yaklaşım gerektirmekle birlikte kişinin diyet uyumsuzluğu, kilo verme motivasyonunun artırılması, aile ve sosyal desteği ile birlikte bütüncül bir yaklaşım gerektirmektedir. Temel ilkeleri arasında hastaya bütüncül yaklaşım olan aile hekimliğinin obezite hastalarının tedavisinde önemli bir rolü olabilir. Hastaların bütüncül olarak değerlendirilebileceği merkezlerde morbid obez hastaların tedavi şansı artabilir.

Kaynaklar

1. The WHO MONICA Project. <http://www.thl.fi/monica/> internet sitesinden 21.12.2014 tarihinde erişilmiştir.
2. Onat A, Keleş İ, Çetinkaya A, Başar Ö, Yıldırım B, Erer B ve ark. On yıllık TEKHARF çalışması verilerine göre Türk erişkinlerinde koroner kökenli ölüm ve olayların prevalansı yüksek. Turk Kardiyol Dern Ars 2001;29(1):8-19.

İletişim:

Dr. Abdurrahman Ersu
İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi,
Aile Hekimliği Kliniği, İzmir, Türkiye
Tel: +90.5064568559
E-mail: drersu@gmail.com

