

Obezite Cerrahisi Sonrası Malpraktis İddiası

43. BÖLÜM

Saime Gizem TEZGEL
Elif Demet KARANFİL
Murat KÖKER
Aras Emre CANDA
İsmail Özgür CAN

GİRİŞ

Morbid obezite; günümüzde morbidite ve mortalitenin önemli bir nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır. Obezite sıklığındaki artış ile birlikte bariyatrik cerrahi operasyonlar da artan bir sıklıkta uygulanmaya başlanmıştır. Bariyatrik cerrahi (BC) obezitenin tedavisinde etkili bir yöntem olabilmesine rağmen, morbid obez hastaların yalnızca %1'i operasyonu kabul etmektedir (1). Bariyatrik cerrahi ile obezitenin tedavi edilmesi obeziteyle ilişkili birçok metabolik problemin de iyileşmesini sağlamaktadır. Ancak başarılı ve etkili bir bariyatrik cerrahi için hastaların dikkatli seçilmesi gerekmektedir. Hastaların endikasyon ve kontrendikasyonlar göz önünde bulundurularak, dikkatli seçilmesi gerekmektedir.

Bariyatrik cerrahi endikasyonları; üç büyük derneğin katılımıyla 2013 yılında yapılan güncelleme ile genişletilmiştir. Daha önce sadece vücut kitle indeksi (VKİ) 35 ve üzeri olan hastalar endikasyon dahilinde değerlendirilirken, artık diyabeti veya metabolik sendromu olan hastalara da VKİ 30'un üzerinde ise cerrahi uygulanabilmektedir. Ayrıca bariyatrik cerrahi geçirecek hastalarda madde bağımlılığı olmaması, tedavi edilmemiş ciddi bir psikiyatrik hastalığının olmaması veya tedavi edilmemiş bir kanserinin olmaması gerekmektedir. Günümüzde sadece

glisemik kontrol için bariyatrik cerrahi uygulamasını destekleyen yeterli kanıt yoktur (2).

Bariyatrik cerrahi kontrendikasyonları (3) ise; 18 yaşından küçük veya 65 yaşından büyük olmak (ancak ciddi bir komorbiditenin (T2DM, HT gibi) eşlik ettiği durumlarda yine de BC düşünülebilir.), tedavi edilmemiş ve obeziteye yol açan bir endokrin hastalığın bulunması (Cushing, hipotiroidizm, insülinoma gibi), tedavi edilmemiş bir yeme bozukluğunun bulunması (bulimia nervosa gibi), tedavi edilmemiş major depresyon ya da psikozun bulunması, ciddi koagülopati varlığı, anestezi almayı engelleyecek kadar ciddi kardiyak hastalığın bulunması, alkol veya madde bağımlılığı, hayat boyu sürecektir vitamin replasmanı ya da kalori kısıtlayıcı diyet gibi beslenme önerilerine uyum sağlayamayacak olmak, halen gebe olmak veya 12-18 ay içinde gebelik planı olması, bilinen kanser hastalığının olması, şiddetli gastroözofageyal reflü hastalığı (GÖRH) (özellikle sleeve gastrektomi için), portal hipertansiyon, crohn hastalığı olanlarda gastrik bypass cerrahisi yapılmasıdır.

Bahsedilen kontrendike durumlar cerrahi öncesi anamnez, klinik ve laboratuvar verileri yardımıyla ekarte edilmeli, konuyla ilgili uzmanın (endokrinolog, psikiyatrist ve gastroenterolog gibi) yardımı istenmelidir.

Bunula beraber bariyatrik cerrahi çeşitli komplikasyonları da beraberinde getirebilmek-

patolojik olarak sınıflandırılmaktadır. Myokard kası içindeki koroner arter segmenti 20-30 mm uzunluğunda ve 2-3 mm derinliğinde yerleşimli ise patolojik olarak kabul edilmektedir. Patolojik olanlar bazı olgularda iskemiye, enfarkta, malign ventriküler aritmiye ve ani kardiyak ölümlere neden olabilir (21). Bizim olgumuzda da anatomik kalp diseksiyonunda koroner arter kesitlerinde; sol koroner arter inen dalı girişinin 1,5 cm distalinde 2 cm'lik segmentte, 0,3 cm derinliğinde myokard seyirli band olduğu, koroner arter lümenlerinin açık olduğu izlenmiştir.

Bizim vakamızda otopsi sayesinde doğal bir hastalık olan myokardiyal köprüleşmenin hastamızda tespit edilmiş olması ve sleeve gastrektominin komplikasyonlarına bağlı bir ölüm sebebi bulunamamış olması mevcut durumu açıklamaktadır ve tıbbi uygulama hatası iddiasını çürütmektedir.

Sonuç olarak; klinik olarak akla gelmesi ve tespiti zor olan doğal hastalık sebepli bir ölüm, otopsiyle aydınlatılmıştır. Bu tür tıbbi uygulama hatası iddialarında otopsinin ve ölümün mediko-legal yönden araştırılmasının önemli olduğu bir kez daha teyit edilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Cayci, H. M., Erdogdu, U. E., Demirci, H., Ardic, A., Topak, N. Y., & Taymur, İ. (2018). Effect of health literacy on help-seeking behavior in morbidly obese patients agreeing to bariatric surgery. *Obesity surgery*, 28(3), 791-797.
2. Hasan Altun ve ark. (2014). Bariatrik cerrahi. *Boğaziçi Tıp Dergisi* 2014, 1(3):122-126
3. http://www.temd.org.tr/admin/uploads/tbl_gruplar/20180618095001-2018tbl_gruplar1b2cd981a1.pdf. (Erişim tarihi: 08/09/2020)
4. Brethauer, S. A., Kim, J., El Chaar, M., Papasavas, P., Eisenberg, D., Rogers, A., ... & ASMBS Clinical Issues Committee. (2015). Standardized outcomes reporting in metabolic and bariatric surgery. *Obesity surgery*, 25(4), 587-606.
5. Poghosyan, T., Lazzati, A., Moszkowicz, D., Danousou, D., Vychnevskaya, K., Azoulay, D., ... & Bouillot, J. L. (2016). Conversion of sleeve gastrectomy to Roux-en-Y gastric bypass: an audit of 34 patients. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 12(9), 1646-1651.
6. <https://asmbs.org/resources/estimate-of-bariatric-surgery-numbers> (Erişim tarihi: 08/09/2020)
7. Sağlam, F., & Güven, H. (2014). Obezitenin cerrahi tedavisi. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 30(1), 60-65.
8. Erdem Özkara (Editör). *Hukuk Öğrencileri ve Uygulayıcıları İçin Adli Tıp. (Sağlık Çalışanlarının Yasal Sorumlulukları ve Tıbbi Uygulama Hataları- Özkara E, Can Ö.)* Ankara, Seçkin yayıncılık, 3. baskı (2020). ISBN:978-975-02-5869-5. Sayfa:80.
9. Ekinci, T., Stein, M. W., Mazzariol, F. S., & Wolf, E. L. (2017). Laparoscopic sleeve gastrectomy: Everything the radiologist needs to know. *Clinical Imaging*, 43, 36-41.
10. Bou, R. (2011). Late Sleeve Gastrectomy leaks and its severe consequences. *BMI-Journal*, 1(1).
11. Adli Tıp & Adli Bilimler. Editör: Halis Dokgöz. (Bölüm 8: Ani Beklenmedik Şüpheli Ölüm. Mete Korkut Gülmen, Kenan Kaya). *Akademişyen Kitabevi*, Ankara, 1. Baskı, s:63-178. (2019). ISBN:978-605-258-444-6.
12. Saraçoğlu, A., Saraçoğlu, K. T., & Zengin, Ü. Laparoscopic Morbid Obesity Surgery Complications. *Laparoscopic Endoscopic Surgical Science (LESS)*, 17(1), 64-69.
13. Madea, Burkhard, ed. *Handbook of forensic medicine*. John Wiley & Sons, 2014.
14. (TRAGADY [Trans-Tasman Response Against Sudden Death in the Young]), T.-T. R. A. S. D. i. t.Y. Post-mortem in sudden unexpected death in the young: guidelines on autopsy practice. *Royal College of Pathologists of Australasia, Sydney*; 2008. [http://www.rcpa.edu.au/applications/DocumentLibraryManager2/upload/SUDY-bestpracticedocumentendorsedMay2708%20\(2\).pdf](http://www.rcpa.edu.au/applications/DocumentLibraryManager2/upload/SUDY-bestpracticedocumentendorsedMay2708%20(2).pdf). (Erişim tarihi: Eylül 2020).
15. Semsarian C, Hamilton RM. Key role of the molecular autopsy in sudden unexpected death. *Heart Rhythm*. 2011;9:145-50.
16. Ackerman MJ, Priori SG, Willems S, Berul C, Brugada R, Calkins H, et al. HRS/EHRA Expert Consensus Statement on the State of Genetic Testing for the Channelopathies and Cardiomyopathies: this document was developed as a partnership between the Heart Rhythm Society (HRS) and the European Heart Rhythm Association (EHRA). *Heart Rhythm*. 2011;8(8):1308-39.
17. Pelliccia, A., Sharma, S., Gati, S., Bäck, M., Börjesson, M., Caselli, S., ... & Hansen, D. 2020 ESC Guidelines on sports cardiology and exercise in patients with cardiovascular disease. *European heart journal*, ehaa605.
18. Loukas, M., Von Kriegenberg, K., Gilkes, M., Tubbs, R. S., Walker, C., Malaiyandi, D., & Anderson, R. H. (2011). Myocardial bridges: a review. *Clinical anatomy*, 24(6), 675-683.
19. 33. Teofilovski-Parapid, G., Jankovic, R., Kanjuh, V., Virmani, R., Danchin, N., Prates, N., ... & Parapid, B. (2017). Myocardial bridges, neither rare nor isolated—Autopsy study. *Annals of Anatomy-Anatomischer Anzeiger*, 210, 25-31.
20. Nafakhi, H., Al-Mosawi, A. A., Hassan, M. B., Hameed, F., Alareedh, M., & Al-Shokry, W. (2019). ECG changes and markers of increased risk of arrhythmia in patients with myocardial bridge. *Journal of electrocardiology*, 56, 90-93.
21. Hill SF, Sheppard MN. Non-atherosclerotic coronary artery disease associated with sudden cardiac death. *Heart* 2010;96:1119-25.