

Bası Yaralarının Cerrahi Yöntemlerle Onarımı

Dr. Mesut ÖZCAN (*)
Dr. Neziğ GÜLER (**)
Dr. Önder KAYHAN (***)
Dr. Fikret KARACA (****)

ÖZET

Kliniğimizde cerrahi yöntemlerle tedavi edilen 5 olgu nedeniyle bası yaraları gözden geçirilmiştir. Olgularımıza ve kaynak verilerine dayanarak cerrahi yöntemlerin, konservatif yöntemlere karşı üstünlükleri vurgulanmıştır.

SUMMARY

SURGICAL RECONSTRUCTION OF PRESSURE SORES

The subject of pressure sore has been reviewed because of 5 cases encountered in our clinic and treated by surgical techniques. Depending upon the results obtained in these cases and literature data, the advantages of surgical techniques over conservative procedures have been emphasized.

Bası yaraları vücudun özellikle uzun süre basıya uğrayan bölgelerinde açılan yaralardır. Daha çok paraplejik olgularda görülür. Bunun dışında uzun süre aynı pozisyonda kalmayı gerektiren alçı tespiti ve benzeri durumlarda da karşılaşılr. Beslenme yetersizliği bulunan hipoproteinemik, anemik ve vitamin karansı bulunan hastalarda lezyonların gelişimi daha hızlı ve sıklığı daha fazladır¹⁻⁶.

Bası yaralarının akut ve kronik evreleri vardır. Akut evrede ortaya çıkan basit ıritem, şişlik, endürasyon, vezikül oluşumu gibi patolojik değişimler genellikle geriye dönüşlüdür ve basının kaldırılması ile kaybolabilirler. Basının sürmesi halinde ise deri örsentisi ve yağ nekrozları gelişir. Daha sonra nekroz fascia, kas ve kemiğe kadar ilerler. Olaya enfeksiyonun eklenmesi ile sellülitis, miyositis, periostitis, osteitis, osteomyelitıs ve septik artritıs gelişebilir. Patolojik kırıklar, dislokasyonlar ve sepsisemi gibi komplikasyonlar ortaya çıkabilir^{2,3,6}.

(*) Bursa Üniv. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği Uzman Asistanı
(**) " " " " Genel Cerrahi Kliniği Asistanı
(***) " " " " Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kürsüsü Asistanı
(****) " " " " Genel Cerrahi Kliniği Direktörü

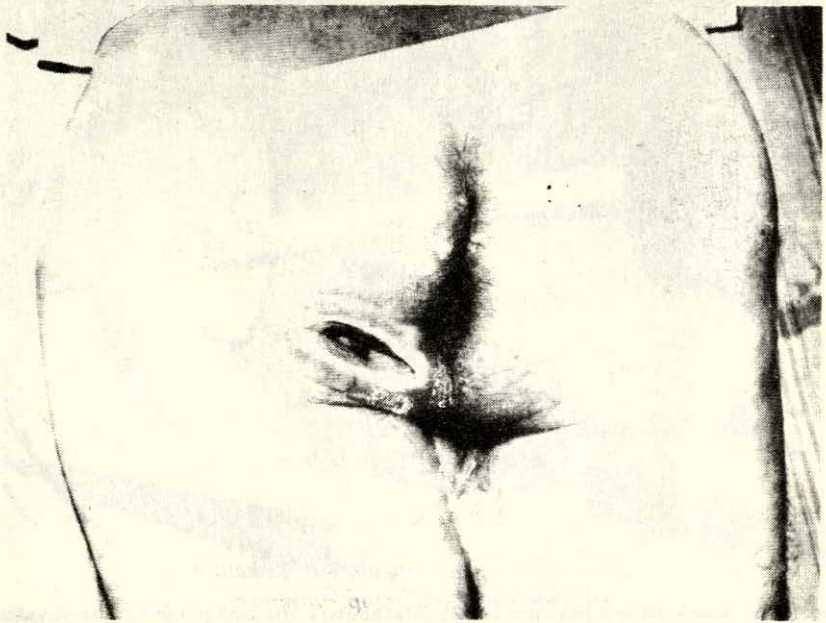
Bu aşamadan sonra başı yarasının kronik formu söz konusudur. Ülser bazen dokular arasında sinüs traktusları şeklinde ilerleyebilir. Başı yaraları klinikte en çok iskium (% 28), sakrum (% 17-27), trokanter (% 12-19) ve topuk (% 9-18) gibi kemik çıkıntılarının üzerinde ortaya çıkar. Kronik ülserlerde lezyondan kayıp ve enfeksiyonun etkisi ile giderek hipoproteinemi, anemi, genel direnç kaybı, yağ ve total vücut kitlesinde azalma, dokuların onarım yeteneğinde düşme şeklinde bir seyir izlenir. Dalton ve arkadaşları % 40 oranında sekonder amiloidoizis bildirmişlerdir³⁻⁶.

OLGULAR

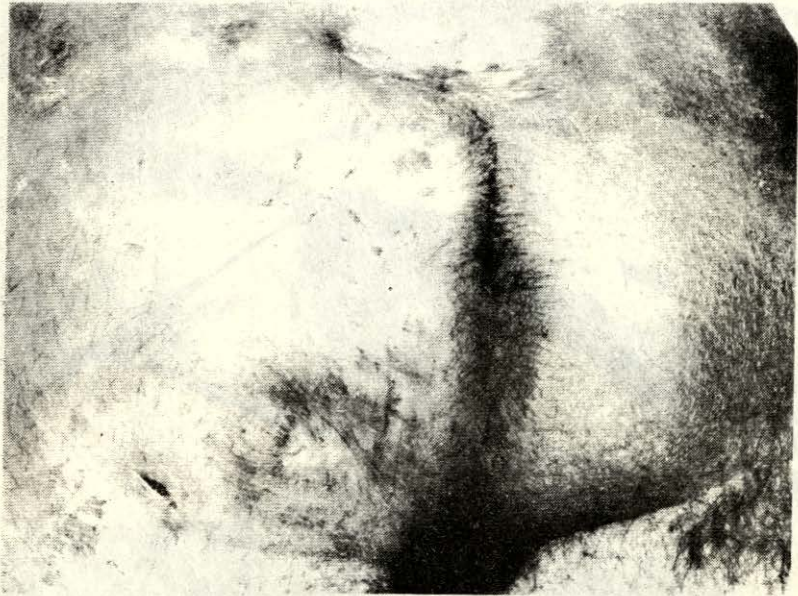
Kliniğimizde cerrahi yöntemlerle tedavi edilen olguların dökümü Tablo 1'de görülmektedir.

Tablo: 1—Kliniğimizde Tedavi Edilen Olgular

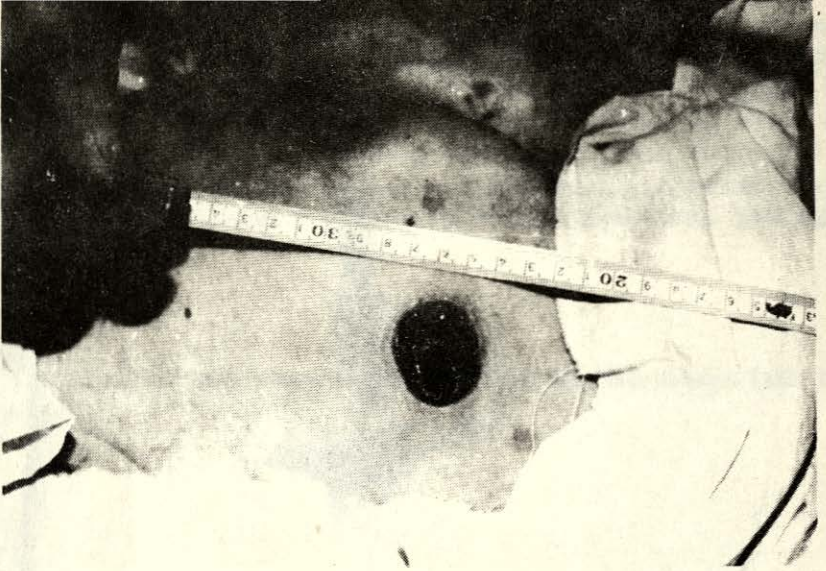
Adı	Prot.No.	Yaş Cıns	Etiyoloji	Lokallzasyon	Preop. Tedavi Süresi	Cerrahi Yöntem	Postop. Rehabilitasyona Başlama Süresi
H.S.	74393	28 K	Parapleji	Sakral Sağ trokanterik	41 gün	Muskülokütan Rotasyon flebi eksizyon, sütür	18. gün
N.S.	104387	30 E	Parapleji	Sol iskladik	70 gün	Muskülokütan Rotasyon flebi	15. gün
F.P.	125695	13 K	Parapleji	Her iki trokan- terik bölge	35 gün	Muskülokütan transpozisyon flebi	20. gün
M.Ç.	1411865	29 E	Parapleji	Her iki posterior krista illaka Sakral Sağ trokanterik	63 gün	Greft Spontan sekonder iyileşme Muskülokütan transpozisyon flebi	15. gün
H.Ö.	107841	35 E	Parapleji	Sol iskladik Sağ trokanterik	44 gün	Muskülokütan rotasyon flebi Muskülokütan transpozisyon flebi	17. gün



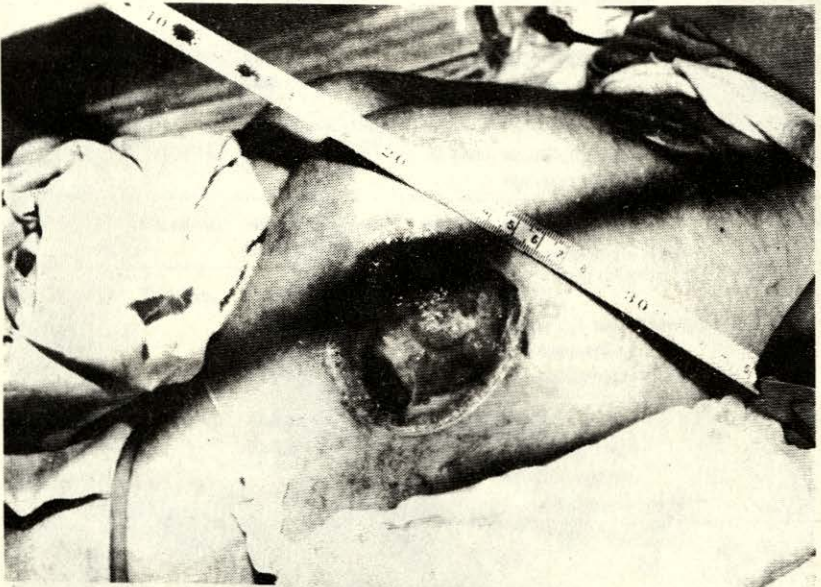
*Resim: 1— İkinci Olguda Sol İskiadik
Bası Yarasının Preop. Görünümü*



*Resim: 2— İkinci Olguda Ülserin, Gluteus
Maksimus Kasını İçeren Muskülokütan
Rotasyon Flebi ile Onarımı*



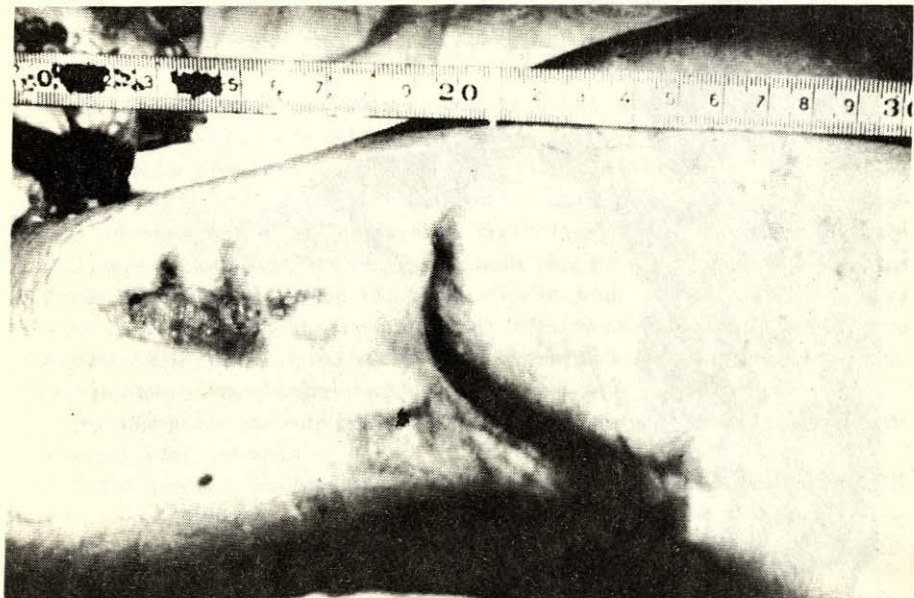
*Resim: 3— Üçüncü Olguda Sol Trokante-
rik Bası Yarasının Preop. Görünümü*



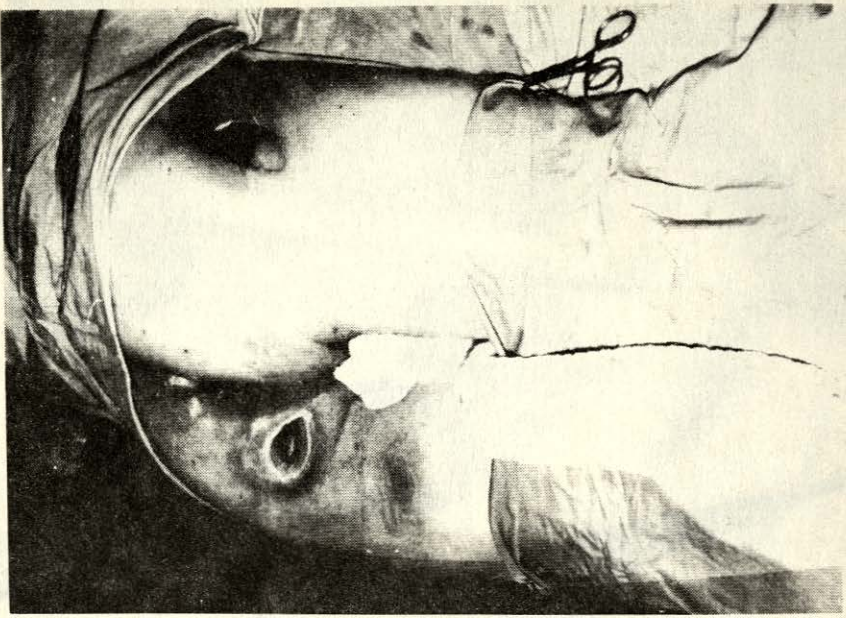
*Resim: 4— Üçüncü Olguda Sağ Trokante-
rik Bası Yarasının Preop. Görünümü*



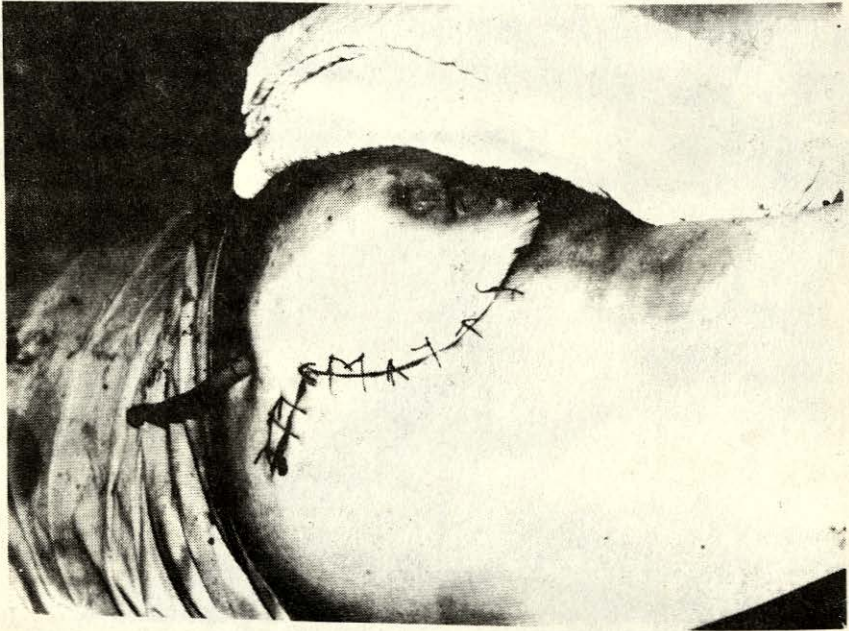
Resim: 5— Üçüncü Olguda Sol Trokanterik Bası Yarasının Tensor Fasialata Kası İçeren Muskülokütan Transpozisyon Flebi ile Onarımı



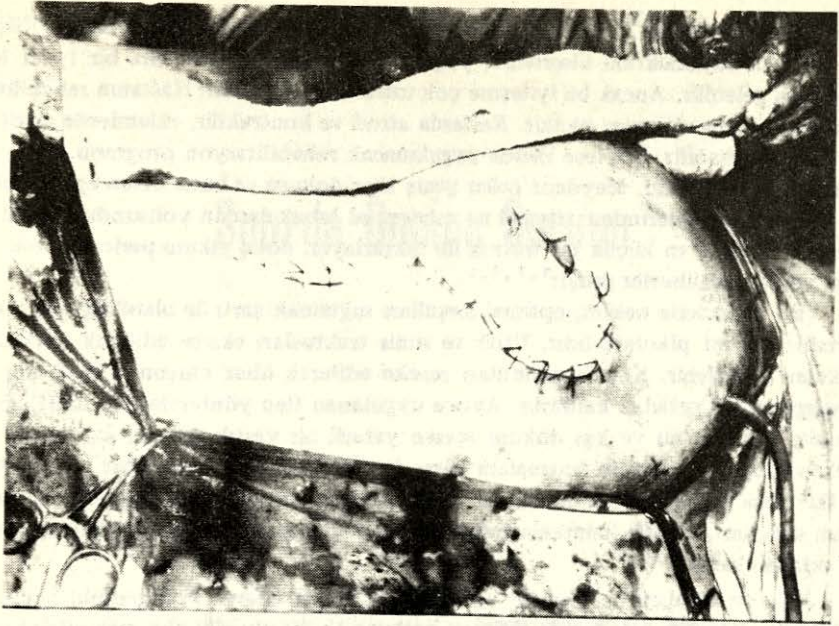
Resim: 6— Üçüncü Olguda Sağ Trokanterik Bası Yarasının Tensor Fasialata Kasını İçeren Muskülokütan Transpozisyon Flebi ile Onarımı



Resim: 7— Beşinci Olguda Sol İskiadik ve Sağ Trokanterik Bası Yaralarının Preop. Görünümü



Resim: 8— Beşinci Olguda Sol İskiadik Bası Yarasının Gluteus Maksimus Kası İçeren Bir Rotasyon Flebi ile Onarımı



Resim: 9— Beşinci Olguda Sağ Trokanterik Bası Yarasının Vastus Lateralis Kası İçeren Bir Transpozisyon Flebi ile Onarımı

TARTIŞMA

Bası yaralarının tedavisi sistemik ve lokal tedavi olmak üzere iki ana başlık altında incelenir ve birden fazla kliniği ilgilendirir. Sistemik tedavide hastanın dengeli beslenerek azot dengesinin pozitif hale getirilmesi ve varsa anemisinin düzeltilmesi amaçlanır. Enfeksiyon hastalıkları kliniklerince hastanın lokal ve sistemik enfeksiyonları ile mücadele edilir. Ortopedi ve travmatoloji klinikleri, kemik ve eklem komplikasyonlarını tedavi ederler. Bu tür hastalarda sık karşılaşılan mesane taşları ve üriner enfeksiyonlar Üroloji kliniklerince tedavi edilir. Nefroloji bölümü, ortaya çıkması olası renal sorunları çözümler. Fizik tedavi ve rehabilitasyon klinikleri yara iyileşmesini hızlandırıcı önlemleri alır ve hastanın günlük yaşantısını kolaylaştıracak rehabilitasyon programlarını uygular^{1, 2, 6}.

Bu önlemlerle hastanın genel durumu ve direnci optimal düzeye getirildikten sonra lokal tedavi plânlanır.

Lokal tedavide konservatif ve cerrahi yöntemler söz konusudur. Konservatif tedavi basının kaldırılması, nekrotik dokuların debridmanı, yerel enfeksiyon ile savaşım, yerel doku sirkülasyonunun arttırılması ve yara çevresi hijyenine özen gösterilmesi gibi önlemleri içerir^{1, 6}.

Konservatif tedavide amaç, temiz bir yara elde etmek, yaranın sekonder iyileşmesini sağlamak ya da yarayı ve hastayı cerrahiye hazırlamaktır.

Bası yaralarının konservatif önlemlerle iyileşmesi olarak içerisinde. Küçük ya da orta büyüklükteki ülserlerde, yoğun bakım sonucu, zamanla bir iyilik hali meydana gelebilir. Ancak bu iyileşme çok uzun bir zaman alır. Hastanın rehabilitasyon programına alınması gecikir. Kaslarda atrofi ve kontraktür, eklemlerde ankilozlar ortaya çıkabilir. Böylece ileride uygulanacak rehabilitasyon programı için yeni sorunlar ortaya çıkar. Meydana gelen geniş skar dokusu ve bunu örten epitel dokusu ter ve yağ bezlerinden, dermal ve subdermal tabakalardan yoksundur. Kuru ve incedir. Böylece en küçük bir travma ile tekrarlayan doku yıkımı periodları olur ve aynı yerde nüks ülserler gelişir^{1.2.4.6}.

Bu nedenlerle hekim, optimal koşulları sağlamak şartı ile olabildiğince erken cerrahi girişimi plânlamalıdır. Ülser ve sinüs traktusları eksize edilerek devitalize dokular temizlenir. Kemik çıkıntıları rezeke edilerek ülser oluşumundaki ana etmenlerden biri ortadan kaldırılır. Ayrıca uygulanan flep yöntemleri ile, deri, geniş derialtı yağ dokusu ve kas dokusu içeren yeterli bir yastık dokusu sağlanmış demektir. Böylece bölgenin travmalara karşı dayanıklılığı artırılmış olur. Ayrıca hasta iki hafta gibi çok kısa bir sürede rehabilitasyon programına alınabilir. Böylece uzun süre hastahane kalmanın getireceği maddi, sosyal ve psikolojik büyük sorunlar ortadan kalkar^{1.2.6}.

Biz de olgularımızı cerrahi yöntemlerle tedavi ederek çok olumlu sonuçlar elde ettik. Yaraları kısa sürede iyileşen hastalar 15-20 gün gibi çok kısa süreler içinde rehabilitasyon programına alındı ve herhangi bir komplikasyon oluşmaksızın rehabilite edilebildiler.

KAYNAKLAR

1. CAMPBELL, R.M., DELGADO, J.P.: The Pressure Sore. In: Reconstructive Plastic Surgery, (Editor: Convers J.M.) Second Edition. Vol. 7, W.B. Saunders Comp. Philadelphia, London, Toronto, 1977, p. 3763-3899.
2. CAMPBELL, R.M.: The surgical management of pressure sores. Surg. Clin. N. Amer, 39: 509, 1959.
3. LOPEZ, E.M., ARANHA, G.V.: The value of sinography in the management of decubitus ulcers. Plast. Reconstr. Surg, 53: 208, 1974.
4. YEOMAN, M.P., HARDY, A.G.: The pathology and treatment of pressure sores in paraplegics. Br. J. Plast. Surg, 7: 179, 1954.
5. DANSEREAU, J.G., CONWAY, H.: Closure of decubiti in paraplegics. Report on 2000 cases. Plast. Reconstr. Surg, 33: 474, 1964.
6. GOLDWYN, R.M.: The Pressure Sore. In: The Unfavorable Result in Plastic Surgery, (Ed: Goldwyn, R.M.) Little, Brown and Comp. Boston, 1972, p. 545-554.