

Dekübit ülserlerinde cerrahi tedavi sonuçlarımız

Zekeriya TOSUN*, Mübin HOŞNUTER**, Sadık ŞENTÜRK*, Adem ÖZKAN*, Nedim SAVACI*

* S.Ü. Meram Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, KONYA

** Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fak. Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, ZONGULDAK

ÖZET

Dekübit ülserleri uzun süreli yatağa bağımlı hastalarda gelişebilir. Yaşlı ve spinal kord yaralanması olan hastalar yüksek risk grubundadır. Bu yazıda Mayıs 1994 - Ocak 2000 yılları arasında kliniğimizde opere edilen 52 dekübit hastası ve bunlara uygulanan onarım yöntemlerimiz sunulmuştur. Çalışmaya sakral, trokanterik ve iskiyal bası yaraları dahil edilmiş olup bunun dışındaki alanlar hariç tutulmuştur. 3 iskiyal ülserli hasta nüks nedeniyle başvurmuşken sakral ve trokanterik ülserlerde hiç nüks rastlanmadı. Bu nüksün cerrahi teknikten çok basıya bağlı olduğu düşünüldü. Dekübit ülserlerinde cerrahi yaklaşımların hem nüksü önleme hem de fonksiyonel hasar oluşturmaması bakımından önemlidir. Bu yazıda 1994 - 2000 yılları arasında opere ettiğimiz hastalar ışığında dekübit ülserleri onarımına yaklaşımlarımız sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Dekübit ülserleri, bası yaraları ve rekonstrüksiyonu

SUMMARY

Our surgical resultsin decubitus ulcers

Decubitus ulcers can develop in immobilized patient. Patients with spinal cord injury and elderly patients are at high risk. We presented 36 patient with pressure sore that we operated between May 1994 and January 2000 and our reconstructive procedures. Sacral, trochanteric and ischial pressure sores we are included the study, other sites were excepted. As 3 patient with ischial ulcer were accepted because of recurrence, there were no recurrence for sacral and trochanteric ulcers. This recurrences were not depend on surgical techniques perhaps due to pressure. Selecting the proper surgical technique for decubitus ulcer, is important either preventing recurrence and funtional loss. We reviewed our experience with reconstruction of decubit ulcers between 1994 and 2000 years.

Key Words: Decubitus, pressure sore and reconstruction

Dekübit terimi latince "decumbere" kelimesinden türemiş olup yatmak, uzanmak anlamına gelmektedir. Oturur durumda oluşan basıya bağlı gelişen iskiyal ülserleri karşılama da, bu kelime bütün bası yaralarını ifade etmek için kullanılır olmuştur. Dekübit ülserleri hemen hemen insanlık tarihi kadar eski bir problemdir ki Mısır mumyalarında yapılan otopsilerde ülserlere rastlanması bunu doğrulamaktadır (1).

Kapiller yatak basıncını aşan dış basının 1-12 saat kadar sürmesi ile dekübit ülserleri gelişmektedir. Klinik bir problem olarak ilk kez 1852'de Brown-Sequard tarafından ele alınmış, basınç ve nemin en önemli faktörler olduğu vurgulanmıştır (2). Dekübit ülserlerinin insidansı ülkeden ülkeye ve çalışmadan çalışmaya değişmekle birlikte çeşitli serilerde yataklı

tedavi gören hastalarda % 5,0 ile % 8,8 arasında oranlar verilmiştir (3-5). Ancak paralizisi olan hastalarda ve yaşlı hastalarda yapılan çalışalarda bu oran daha da artacaktır.

Dekübit ülserlerinde lokalizasyona göre birçok farklı onarım yöntemi tarif edilmişken uygun hastalarda doğru tedavi yönteminin seçilmesi hem hastanın iyileşme süresini kısaltacak hem de postoperatif komplikasyonları önlemiş olacaktır. Yalnızca yüzeysel bir cilt kaybı olan dekübit ülserinin kas flebi ile kapatılması ne kadar yersiz ise geniş kavite oluşturmuş bir dekübitin de cilt grefti ile onarılması bir o kadar yanlış olacaktır. Bu yazıda klinik uygulamalarımız ışığında onarım yöntemlerimiz ve bunları seçiş nedenlerimiz vurgulanmış ve literatür ile

karşılaştırılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Mayıs 1994 - Ocak 2000 tarihleri arasında kliniğimize başvuran 52 dekübit hastası ve bunlara uygulanan cerrahi onarımlar araştırılmıştır. Dekübitlerin lokalizasyonuna göre sınıflaması yapılmış ve bunlara yapılan cerrahi girişimler tespit edilmiştir. Hastaların ilk başvurularında lokal ve sistemik fizik muayeneleri yapılmış ve laboratuvar incelemeleri yapılarak altta yatan patolojileri için ilgili kliniklerin önerileri alınmıştır.

Hastalar; dekübit lokalizasyonuna göre sakral, iskiyal, trokanterik ve bilateral trokanterik + sakral olarak 4 grupta toplanmıştır. Topuk, oksipital bölge, diz, dirsek ve diğer dekübit alanları bu çalışmaya dahil edilmemiştir.

BULGULAR

52 olgudan; 34'ü tek başına 6'sı ise diğer dekübitlerle beraber olmak üzere toplam 40 sakral, 10 iskiyal, 2'si tek başına 6'sı sakral dekübitle birlikte 8 trokanterik dekübit hastası opere edilmiştir. 12 defekt primer onarımla kapatılırken, 39 defekt alan gluteus maksimus kas deri flebi ile, 8 defekt alan tensor fasya lata flebi ile, 5 defekt alan ise inferior gluteal thigh flep ile onarılmıştır. Hastalarımızın en küçüğü 13, en büyüğü 82 olmak üzere yaş ortalaması 37.5'dur. Hastalar ve yapılan ameliyatlara ait bilgiler Tablo 1'de verilmiştir.

Post operatif flep nekrozu olmadı. Yara enfeksiyonu ve hematoma olmazken 3 iskiyal ülserli paraplejik hastamız nüks nedeniyle yeniden başvurdu. 4 sakral dekübitli hastada oluşan seroma konservatif yaklaşımla tedavi edildi.

TARTIŞMA

Dekübit ülserleri yaşlı, paraplejik ve/veya yoğun

bakım şartlarında bulunan hastalarda oldukça sık görülmektedir. Bu yazıda amaç dekübit ülserlerinin nedenleri ya da önleme yolları olmadığından bunlardan bahsedilmeyecektir. Ancak dekübit ülserlerinin önlenmesinin, açılmış bir dekübit ülserinin cerrahi tedavi ile yaranın kapatılmasından çok daha öncelikli, önemli hatta ucuz ve kolay bir yol olduğu bilinmelidir. Dekübit ülserleri,

Evre 1: Bir kemik çıkıntı üzerinde ülserasyon olmaksızın enflamasyonun varlığı

Evre 2: Dermis tabakasına kadar uzanan yüzeysel cilt ülserasyonu

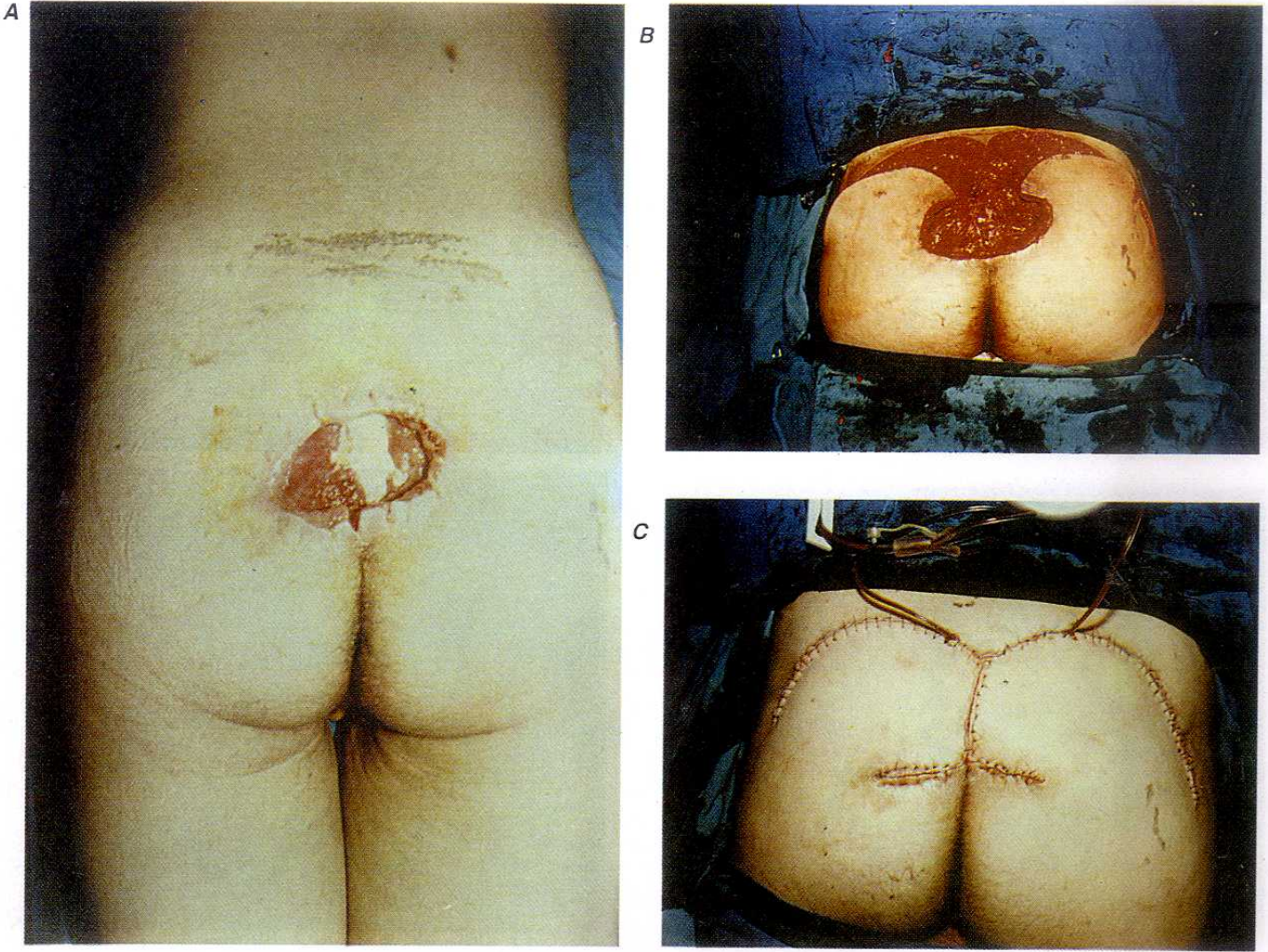
Evre 3: Cilt altı doku, kas ya da kemiğe kadar uzanan derin ülserasyon

Evre 4: Geniş yayılım gösteren kompleks ülserler (Eklem, başka bir ülsere açılım, ya da rektum ve vagen gibi bir organa uzanım) olarak sınıflandırılmaktadır (6). Evre 2'yi geçmiş dekübit ülserli hastalar için cerrahi onarım dışında bir tedavi mümkün değildir.

Primer onarım ileri dekübit olguları için önerilen bir alternatif olmasa da grade I düzeyini aşmış ve grade II düzeyine ulaşmış ambulatuar hastalar için tedavi seçeneği olarak düşünülebilir. Cilt grefti ile onarım da bu seçeneklerden biridir (8,9). Cilt grefti ile onarılabilecek uygun hasta grubumuz olmadığından böyle bir müdahale gerçekleştirilmedi. Ancak primer onarılan ya da cilt grefti ile kapatılan yaralarda nüks etme şansının daha yüksek olacağı unutulmamalıdır. Primer olarak sütüre ettiğimiz 12 hastadan 3 iskiyal ülserli hastada nüks görülmüş olup bunun onarım tekniğinden çok devam eden bası ile ilgili olduğu düşünülmüştür. Diğer hastalarda bunun görülmemiş olması da bu düşünceyi doğrular niteliktedir. bununla birlikte dekübit ülserli hastalarda primer

Tablo 1. Hastalar ve yapılan ameliyatlara ait bilgiler.

Dekübit lokalizasyonu	Toplam sayı	E/K oranı	Yaş aralığı	Yaş ortalaması	Yapılan onarım		TFL flebi	İGT	Komplikasyon
					GM Kas Deri flebi	Primer onarım			
Sakral	34	21/13	13-82	42,85	30	4	--	--	4 seroma
İskiyal	10	6/4	15-38	30,6	3	6	--	1	3 nüks
Trokanterik	2	2	35-48	41,5	--	--	2	--	Yok
Bilateral Trokanterik + Sakral	6	5/1	18-60	35,16	6	2	6	4	Yok
Toplam	52	34/18	13-82	37,5	39	12	8	5	3 nüks 4 seroma



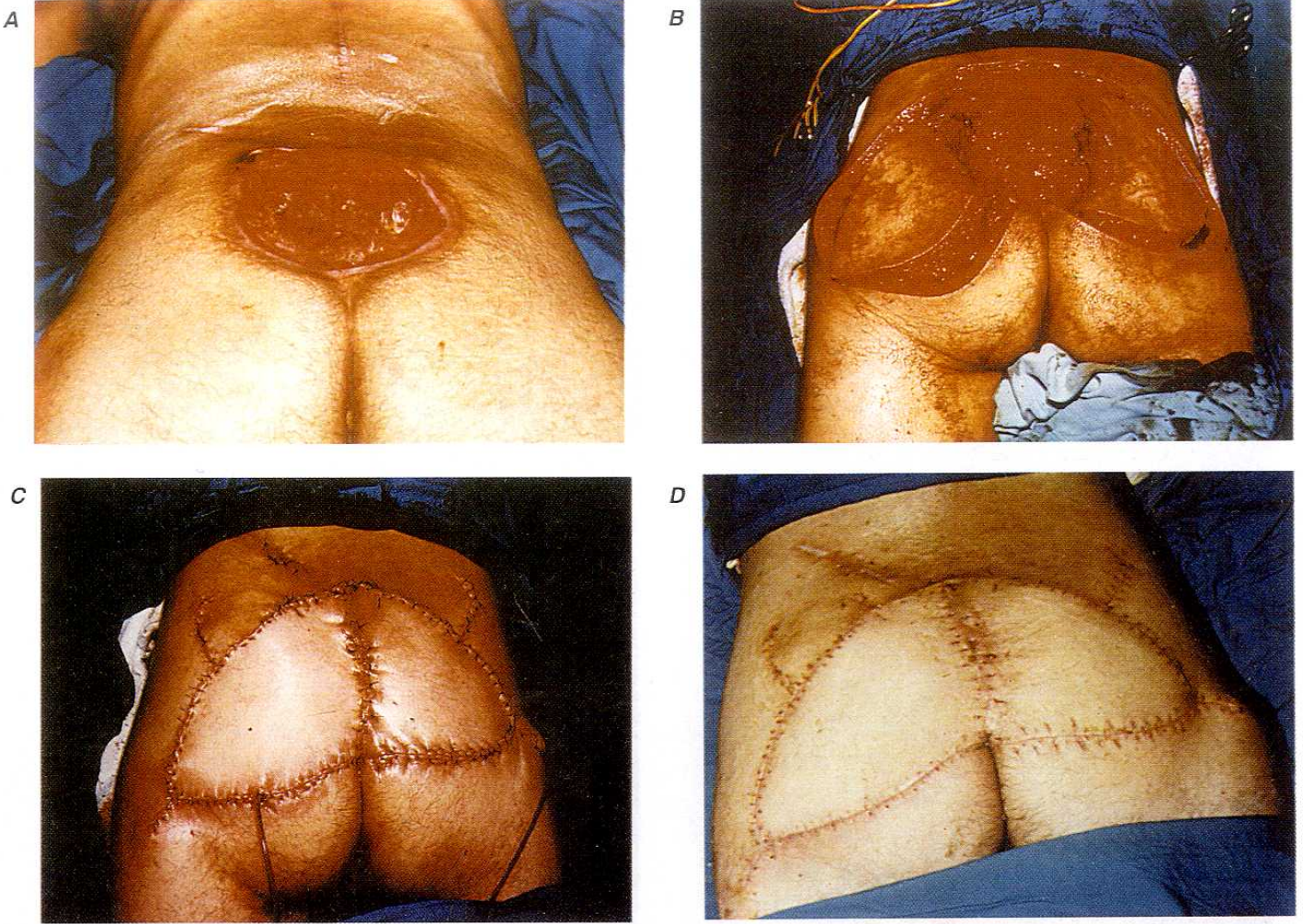
Şekil 1. A. 39 yaşında bayan hasta. Sakral dekübit nedeniyle kliniğimize kabul edildi. B. Dekübit alanındaki nekroze dokular temizlenerek bilateral gluteus maksimus kas-deri rotasyon flepleri hazırlandı. C. Flepler defekt alana çevirilerek sütüre edildi. Hasta ambulatuvar bir hasta olmadığı için rotasyon flebi uygun bulundu.

ya da cilt grefti ile onarılacak hasta grubunun hem defektin büyüklüğü hem de hastanın şartları açısından çok dikkatle seçilmesi gerekmektedir.

Sakral dekübit ülseri olgularımız için uyguladığımız onarım yöntemi gluteus maksimus kas-deri flebi olmuştur. Bu flep defektin büyüklüğüne göre bir ya da iki taraflı planlanabilirken iyi bir kan akımı da sağlar (10) (Şekil 1 a,b,c). Spinal kord yaralanması olan hastalar için rotasyon flebi olarak, ambulatuvar hastalar için ise V-Y ilerletme flebi olarak planlanabilmektedir (11) (Şekil 2 a,b,c,d). V-Y ilerletme flebi ile gluteus maksimus kasının insersiyonu ve origosu bozulmadığından kalçanın instabilitesi önlenmiş ve kasın fonksiyonu özellikle ambulatuvar hastalar için korunmuş olur. Bu fleple opere ettiğimiz 2 hastamızda da post operatif yürüme ya da kalçanın fonksiyonları açısından bir sorunla karşılaşmadık. Yara iyileşmesi açısından gluteus maksimus V-Y iler-

letme flebinin yine aynı kasın rotasyon flebine üstünlüğü olmadığını düşünüyoruz. sakral dekübit nedeniyle kas deri flebi ile onardığımız 30 hastanın 4'ünde seroma gelişimi gözlenmiş olup bunun geniş dekübit kavitesi ve erken dönemde basıya maruz kalması ile ilgili olabileceği düşünüldü. Bu hastalar 8-10 gün kadar süren pansumanlarla tedavi edilerek cerrahi işleme gerek olmadı. Sakral bası yaraları iskiyal ülserlerden farklı olarak çoğunlukla iyatrojenik (özellikle yoğun bakım tedavileri sırasında) olduğu için iyi bir tedavi sonrası nüks şansı daha düşüktür (12).

Sakral dekübit onarımında tarif edilen gluteal uyluk flebi ile transvers lumbosakral flep, sakral bölgeye ulaşma gücü ve yeterli kas desteği içermemeleri nedeniyle olgularımızda kullanılmamıştır (13,14). Bu flep seçeneklerinin gluteus maksimus kası onarım amacıyla kullanılmış nadir de olsa nüks sakral dekübit hastaları için saklanması daha uygun



Şekil 2. A. 32 yaşında ambulatuvar erkek hasta.
B. Bilateral gluteus maksimus V-Y ilerletme flepleri planlandı.
C. Defekt kapatıldı ve loja hemovac dren konuldu.
D. Hastanın post operatif bir aylık görünümü.

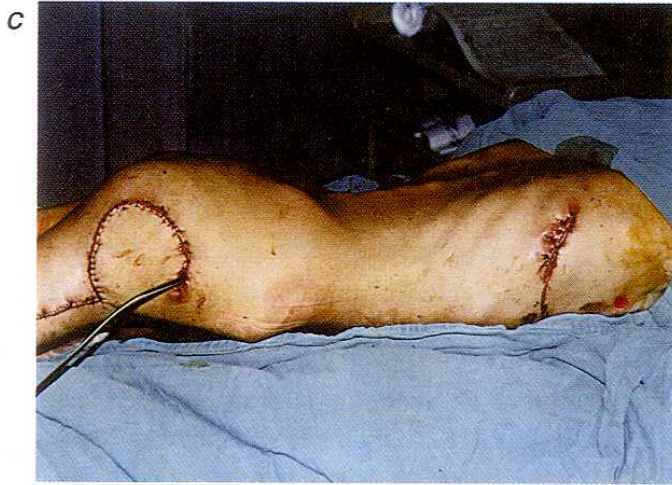
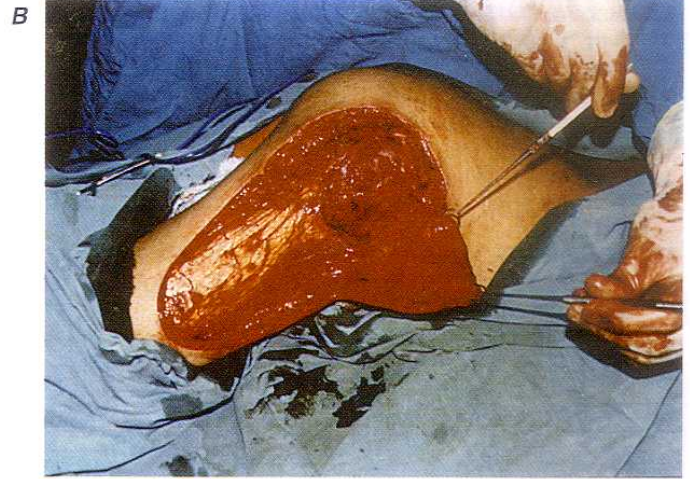
olacaktır.

Tüm dekübit ülserleri arasında en sık görülen ülser tipi iskiyal ülserlerdir. Her ne kadar iskiyal ülserler en sık görülen bası yarası ise de bizim olgularımız arasında en sık sakral bası ülserleri görülmüştür. Bu sonucu bizim olgularımız arasında paraplejik hastanın az olması ile açıklayabiliriz (7).

Sıklıkla paraplejik hastalarda görülmeler ve nüks oldukça sıktır. Iskiyal kemik dokudan rezeksiyon ve primer kapatma Arregui ve arkadaşları tarafından önerilen bir yöntem olup biz kemik dokuda nekroz ve osteomyeliti olan olgularımızda buna başvurduk (7) (Şekil 3 a,b,c). Bununla birlikte bazı yazarlarca basının nedeni sayılan iskiyum kemiğinin profilaktik amaçlı rezeksiyonu perineal ülser ve üretral komplikasyonları nedeniyle hiçbir olguya uygulanmadı (15). Nüks görülen 3 hastada sebebin aynı bölgenin yeniden basıya maruz bırakılması olduğu görüldü. Bu

hastalardan ikisi daha sonra inferior pediküllü gluteus maksimus ve biri de inferior gluteal thigh flebi ile onarılmış olup bu hastaların ikinci müdahaleleri çalışma dışı tutulmuştur. Inferior gluteus maksimus kas-deri flebi daha sonraki iskiyal ülserli hastalarımızda iskiyal kemik üzerinde yeterli kas ve yumuşak doku desteği sağlaması sebebiyle başvurduğumuz yöntem oldu (16). Bu flep, hem morbiditesinin azlığı, hem de iyi bir kanlanma sağlaması sebebiyle iyi bir seçenektir. Yine bu flebin iskiyal ülserler için literatürde tarif edilen %44'lere varan nüks oranlarının azaltılmasına katkıda bulunacağını düşünmekteyiz (17).

Trokanterik dekübitler genellikle diğer bölge dekübit ülserleri ile birlikte görülmektedir. Nitekim opere ettiğimiz 8 trokanterik dekübit hastasından 2 tanesi tek başına iken 6 tanesi de diğer bası yaraları ile birlikte görülmüştür. Tensor fasiya lata kas-deri



Şekil 3. A. 48 yaşında trokanterik dekübit olan erkek hasta.

B. Tensor fascia lata transpozisyon flebinin hazırlanışı.

C. Flebin defekt alana suture edildikten sonraki görünümü.

flebi (18,19) ve inferior gluteal thigh flebi (13) bu

bölge ülserleri için iyi birer alternatiftir. Inferior gluteal thigh flebinin iskiyal hatta bazan sakral dekübit ülserleri için kullanılabilmesi nedeniyle trokanterik dekübit ülserleri için kullanılabilmesi nedeniyle trokanterik dekübit ülserlerinde öncelikle tensör fasya lata flebinin kullanılması daha uygun olacaktır. Bu nedenle olgularımızın büyük bir kısmında tercihimiz bu

KAYNAKLAR

1. Thompson Rowling J. Pathological changes in mummies. Pro R Soc Med 1961; 54: 409-15.
2. Calen SR. Pressure Sores in McCarthy JG editors Plastic Surgery. W.B. Saunders Company Philadelphia 1990; 3797-3838.
3. O'Dea K. Prevalence of pressure damage in hospital patients in the UK. J. Wound Care 1993; 2: 221-225.
4. Meehan M. Multisite pressure ulcer prevalence survey. Decubitus 1990; 3: 14-17.
5. Faster C, Frish SR, Dennis N, et al. Prevalence of pressure ulcers in Canadian institutions. J Can Assoc Ent Ther 1992; 11: 23-31.
6. Grotting JC, Saltz R, Vasconez LO. Pressure Sores in Georgiade GS, Georgiade NG, Riefkohl R, Barwick WJ. Eds. Textbook of Plastic, Maxillofacial and Reconstructive Surgery. Williams & Wilkins Philadelphia 1992; 1261-1278.
7. Arregui J, Cannon B, Murray J, E. O'leary J, J, Jr. Long term evaluation of ischiectomy in the treatment of pressure ulcers. Plast Reconstr Surg 1965; 36: 583-588.
8. White J. C, Hamm W, G. Primary closure of bedsores by plastic surgery. Ann. Surg. 1946; 124: 1136-1142.
9. Wesser D, R. Khan S. The reversed dermis graft in the repair of decubitus ulcers. Plast Reconst Surg 1967; 40: 252-258.
10. Minami R, T. Mills R. Pardoe R. Gluteus Maximus myocutaneous flaps for repair of pressure sores. Plast. Reconstr. Surg. 1977; 60: 242-248.
11. Parry S, W. Bilateral Gluteus Maximus Myocutaneous Advancement Flaps: Sacral Coverage for ambulatory patients. Ann Plast Surg 1982; 8: 443-445.
12. Khouri R,K. Pressure Sores. In: Marsh J, L. (editör). Decision making in plastic surgery 2. ed. ABC Decker, 1993, 148.

13. Hurwitz DJ, Swartz WM, Mathes SJ. The gluteal thigh flap: a reliable sensate flap for closure of buttocks and perianal wounds. *Plast Reconstr Surg* 1981; 68: 521
14. Hill HL, Brown RG, Jurkiewicz MJ. The transverse lumbosacral back flap. *Plast Reconstr Surg* 1978; 62: 177.
15. Conway H, Stark RB, Weeter JC, Garcia FA, Kavanaugh JD. Complications of decubitus ulcers in patients with paraplegia. *Plast Reconstr Surg* 1951; 7:117
16. Minami R.T. Mills R. Pardoe R. Gluteus Maximus myocutaneous flaps for repair of pressure sores. *Plast Reconstr Surg* 1977; 60: 242-248.
17. Harding R. L. An analysis of 100 rehabilitated paraplegics. *Plast Reconstr Surg* 1961; 27: 235-239
18. Nahai F. Silverton J, S. Hill H, L. Vasconez L, O. The tensor fascia lata musculocutaneous flap. *Ann Plast Reconstr Surg* 1978; 1: 372-378
19. Lewis V, L. Cunningham B, L. Hugo N, E. The tensor fascia lata V-Y retroposition flap. *Ann Plast Surg* 1981; 6: 34-40.
20. Georgiade N. Pickrell K. Maguire C. The total thigh flaps for extensive decubitus ulcer. *Plast Reconstr Surg* 1952; 9: 525-530.