

BÖLÜM 9.3

YARA AYRIŞMASI (DEHİSENCE) VE TEDAVİSİ

Erdinç ÇETİNKAYA ¹

GİRİŞ

Yara iyileşme sürecinin fizyolojisine ilişkin sürekli gelişen bilgi birikiminin yanı sıra cerrahi teknik, cerrahide modern teknoloji ve malzemelerin uygulanmasındaki gelişmelere ve alınan tüm önlemlere rağmen, yara iyileşmesi sorunu hala devam etmektedir. Yara ayrışması gibi acil komplikasyonlar oluşmaya devam etmektedir.

Cerrahi yara ayrışmasının, artan morbidite, mortalite oranlarına; bireyler ve sağlık hizmeti açısından da artan maliyetlere neden olduğu tespit edilmiştir (1). Bunlar; uzun süreli hastanede yatış, yara tedavisi sarf malzemelerinin kullanımı, sosyal maliyetler, işe dönüşün gecikmesi, öz bakım yeteneğinin azalması ve aile desteği de dahil olmak üzere toplumdaki önceki sosyal rollere geri dönmedeki sınırlamaları içerir (2).

Yara ayrışması, herhangi bir cerrahi prosedürü takiben olası bir komplikasyondur. Özellikle toraks cerrahisi, abdominal cerrahi ve ortopedik cerrahiyi takiben ortaya çıktığı bilinmektedir.(1,3). Karın duvarının cerrahi yarası, karın ön duvarının tüm katmanlarının (cilt,

deri altı doku, fasya, kaslar ve periton) cerrahi kesilmesini tarifler. Bu insizyon, hücresel düzeyde bir dizi mekanizmayı başlatır. Yara iyileşmesi, primer yara iyileşmesi (cerrahi olarak dikiş veya stapler ile rekonstrükte edilmiş yaralar) veya sekonder yara iyileşmesi (herhangi bir nedenle açık bırakılarak granülasyon dokusu ve takiben yara kontraksiyonu ile iyileşme) olarak gerçekleşebilir. Her iki süreç de üç aşamada kademeli olarak gerçekleşir, bunlar: hemostaz ve inflamasyon fazı, proliferasyon fazı ve maturasyon ve remodelling fazı. Ameliyattan sonraki ilk gün yaranın kendiliğinden dayanıklılığı hemen hemen yoktur ve zamanla giderek artar. Ameliyattan sonraki üçüncü haftada dayanıklılık, başlangıç kuvvetinin %20'sine eşittir ve 6-12 hafta sonra %70-80'e ulaşır (4). Primer kapama ile dokuların yapısal ve fonksiyonel bütünlüğünü geri kazanması için gerekli zaman sağlanır.

İyileşme süreci bozulursa, bu sütüre edilen yaranın tek tek katmanlarının kısmen veya tamamen ayrılmasına veya tüm derinliği boyunca yara ayrışmasına neden olabilir. Karın içi doku ve organların cilt seviyesinden dışarı çıkmasına evisserasyon, cilt altında hissedilmesi veya açık yaradan cilt altında görülmesine ise eventras-

¹ Doç. Dr. Ankara Şehir Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği drerdincetinkaya@gmail.com

Ancak yara ayırışmasına yol açan en önemli tek faktör yara enfeksiyonudur (5). Çeşitli çalışmalar farklı veriler gösterse de yara ayrılması olan hastaların %60 'ında yara enfeksiyonu bulguları vardı. Enfeksiyon, yara iyileşme süreci üzerinde yıkıcı bir etki gösterir. Bakteriye toksinler ve enzimler, yara iyileşme sürecinin tüm seviyelerinde düzensizliğe yol açabilir. Ayrıca, lokal inflamatuvar yanıtın ürünleri, sitokinler ve interlökinler, yara iyileşmesinin hücresel ve biyokimyasal süreçlerini daha da bozar (1).

Preoperatif ve postoperatif dönemde klinisyenler tarafından değiştirilebilir ve yönetilebilir risk faktörlerine müdahale edilmesi çok önemlidir. Ameliyat öncesi dönemde sigara ve steroid içeren ilaçların bırakılması, erken mobilizasyon, diyabetik hastalarda sıkı glukoz kontrolü ve ameliyat sonrası pulmoner rehabilitasyon çok önemlidir. Major cerrahi geçiren hastalarda enfeksiyonlar, postoperatif akciğer problemleri ve postoperatif barsak tıkanıklığı yara ayırışması için önemli risk faktörleridir (5-7,11). Bu nedenle takip sırasında bu tür komplikasyonları önlemek için önlemler alınmalıdır. Cerrahi teknik olarak ostomi oluşumunun karın duvarının iyileşmesini bozacağı ve bu hastaların daha fazla risk altında olacağı unutulmamalıdır. Sinüs oluşumunu ve kronik kesi ağrısını önlemek için emilebilir sütür materyalleri tercih edilmelidir. Cerrahi pratikte artan laparoskopik, robotik işlemler ile karın kapatma ve kesi fıtığı ile ilgili sorunlar azaltılabilir (12).

Yara ayırışması meydana geldiğinde öncelikle fasyanın sağlam olup olmadığı, eşlik eden bir apse odağının varlığı kontrol edilir. Sonrasında yara herhangi bir açık yara gibi yönetilir. Yani, beslenme ve dolaşım desteği sağlamaya, iyileşmeyi engelleyen herhangi bir komorbiditeyi (diabetes mellitus gibi) kontrol etmeye ve uygun topikal tedaviyi sağlamaya odaklanılır (13). Topikal tedavi şu şekilde tasarlanmalıdır: nekrotik dokuyu ortadan kaldırmak, biyolojik yükü kontrol etmek ve optimal bir çevreyi sür-

dürmek, granülasyon dokusu oluşumu ve epitel göçü için uygun ortamı (yani, sıcak, nemli ve korumalı, açık yara kenarları ile) sağlamaktır. Açılmış yaraların çoğunda nispeten az nekrotik doku ve eksüda bulunur. Nekrotik dokuların uzaklaştırılması sonrası yüksek volümlü eksudanın kontrolünü negatif basınçlı yara tedavisi ile sağlamak bu yaraları yönetmek için iyi bir seçenektir. Bu kombinasyon yara yüzeyini nemli tutar, küçük hacimlerde eksudanın emilmesini sağlar, etkili bir bakteri bariyeri sağlar ve pansuman değiştirme sıklığını haftada iki veya üçe düşürür. Peroperatif kontaminasyonun olduğu, yada yüksek riskli hasta grubunda profilaktik negatif basınçlı yara tedavisi sonrası yaranın tersiyer kapama ile tedavi edilmesi uygundur (14,15). Yüksek biyolojik yük kanıtı varsa, gümüş pansuman yara temas tabakası olarak kullanılabilir (16). Selülit ile ilişkili yaralar, topikal tedaviye ek olarak sistemik antibiyotikler gerektirecektir ve önemli miktarda nekrotik doku içeren yaralar, enzimatik debridman gerektirebilir (13).

KAYNAKLAR

1. Sandy-Hodgetts K, Carville K, Leslie GD. Determining risk factors for surgical wound dehiscence; a literature review. *International Wound Journal* 2015;12:265-275
2. van Ramshorst GH, Nieuwenhuizen J, Hop WC, Arends P, Boom J, Jeekel J, Lange JF. Abdominal wound dehiscence in adults: development and validation of a risk model. *World J Surg* 2010;34:20-7
3. Gallina FT, Melis E, Forcella D, Facciolo F. Sterna wound dehiscence after median sternotomy: An alternative closure technique. *J Card Surg.* 2021 Jul;36(7):2603-2604.
4. Jones V, Bale S, Harding K. Acute and chronic wounds. *Wound care essentials: Practice principles.* Philadelphia: Lippincott, Williams, & Wilkins 2004
5. Kenig J, Richter P, Żurawska S, Lasek A, Zbierska K. Risk factors for wound dehiscence after laparotomy – clinical control trial. *Przeegląd Chirurgiczny* 2012, 84, 11, 565-573
6. AksamijaG, Mulabdic A, Rasic I, Aksamija L. Evaluation of risk factors 70(5): of surgical wound dehiscence in adults after laparotomy. *Med Arch.* 2016 Oct; 369-372
7. Dasari N, Jiang A, Skochdopole A, Chung J, Reece

- EM, Vorstenbosch J, Winocour S. Updates in Diabetic Wound Healing, Inflammation, and Scarring. *Semin Plast Surg.* 2021 Aug;35(3):153-158.
8. Hodgson NC, Malthaner RA, Ostbye T. The search for an ideal method of abdominal fascial closure: A meta-analysis. *Ann Surg* 2000;231:436-45
 9. Ceydeli A, Rucinski J, Wise L. Finding the best abdominal closure: an evidence-based review of the literature. *Curr Surg* 2005;62:220-5
 10. Sajid MS, Parampalli U, Baig MK, McFall MR. A systematic review on the effectiveness of slowly-absorbable versus non-absorbable sutures for abdominal fascial closure following laparotomy. *Int J Surg* 2011; 9:615-25
 11. Kean J. The effects of smoking on the wound healing process. *J Wound Care* 2010;19:5-8
 12. Yılmaz KB, Akıncı M, Doğan L, Karaman N, Özaslan C, Atalay C. A prospective evaluation of the risk factors for development of wound dehiscence and incisional hernia. *Ulusal Cer Derg* 2013;29:25-30
 13. Doughty DB, Faan C. Preventing and managing surgical wound dehiscence. *Home Healthcare Nurse* 2004;22:6
 14. Porfidia R, Grimaldi S, Ciolli MG, Picarella P. Treatment of Wound Dehiscence Utilizing Negative Pressure Wound Therapy With Instillation and Dwell Time in Emergency Abdominal Surgery: A Step-by-step Closure Protocol. *Wounds* 2020 Dec;32(12):E114-E119.
 15. Boland PA, Kelly ME, Donlon NE, Bolger JC, Mehigan BJ, McCormick PH, Larkin JO. Prophylactic negative pressure wound therapy for closed laparotomy wounds: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials *Ir J Med Sci* 2021 Feb;190(1):261-267.
 16. Pervical SL, Emanuel C, Cutting KF, Williams DW. Microbiology of the skin and the role of biofilms in infection. *Int Wound J* 2012;9:14-32