

BÖLÜM 13

BASI YARALARININ CERRAHİ TEDAVİSİ

Hasan Murat ERGANİ¹

Ramazan Erkin ÜNLÜ²

GİRİŞ

Basınç ülseri, günümüzde en yaygın olarak 2009 yılında ABD Ulusal Basınç Ülseri Danışma Paneli (USA National Pressure Ulcer Advisory Panel-NPUAP) ve 2014 yılında Avrupa Basınç Ülseri Danışma Paneli (European Pressure Ulcer Advisory Panel-EPUAP) tarafından tanımlandığı şekliyle; "tek başına basınç ya da yırtılma ile basıncın bir arada sebep olduğu, genellikle kemik çıkıntılar üzerinde ortaya çıkan deri ve /veya deri altı doku hasarıdır (1). Bası yarası, özellikle kemik çıkıntılarının bulunduğu bölgelerde, uzun süreli ve yineleyen basılara bağlı olarak deri ve derialtı dokularda kapillerin oklüzyonu ve o bölgede kan akımının durması sonucu ortaya çıkan nekroz ve ülserasyonlardır (2). Genel bir kabul olarak kemik çıkıntılarının üzerinde olduğu düşünülse de vücutta tüm bölgelerde gelişebilir. En sık görülen yerler; iskiyal, torakanterik, sakral ve topuktur.

Bası yaraları, yüksek morbidite ve mortalite ile sonuçlanabilen, bakımı zor ve maliyeti yüksek bir patolojidir. Bu sık gelişen patoloji tedavi edilmezse enfeksiyon ve sepsise, daha sonra da ölüme neden olabilir. Tedavisinde multidisipliner yaklaşım önemlidir (3).

Bası yaraları bir kez oluştuğunda tedavisi oldukça güçtür. Cerrahi yöntemlerle kapatılan yaralarda %90'lara varan yineleme oranları bildirilmiştir. Bu nedenle en etkin tedavi risk altındaki hastaların tanınması ve bası yarası gelişiminin önlenmesidir.

ABD Ulusal Basınç Ülseri Danışma Paneli, basınç ülserlerini, etkilenen doku tabakalarını dikkate alarak dört evre şeklinde sınıflamıştır. Buna göre hastaya verilecek bakım her bir evreye göre farklılık göstermektedir (4).

Evre 1: Bu evrede deride basmakla kaybolmayan kızarıklık vardır, ancak deri bütünlüğü bozulmamıştır. Bu evre ikaz olarak algılanıp gerekli önlemler alınmalıdır.

Evre 2: Epidermis ve/veya dermisin üst tabakasını etkileyecek şekilde kısmi derinlikte doku kaybı vardır. Klinik olarak deride sıyrılmama, derin olmayan defektler görülebilir. Tedavide ilk adım yara yerinin değerlendirilmesidir. Çünkü yüzeysel gibi görünen yüzeysel fibrinli ülser, derin dokularda Evre 3 olabilir. Evre 2 bası yarasının tedavisi konservatiftir. Ülsere neden olan faktörler gözden geçirilerek, nedenler ortadan kaldırılır, yara enfeksiyondan korunur, kendi-

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Ankara Şehir Hastanesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi AD., dr.hasanmrt_06@hotmail.com

² Prof. Dr., Ankara Şehir Hastanesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, nafiz.unlu@gmail.com

Torakanterik bası yaralarında V-Y Fasyokutanöz ilerletme flepleri Tensor Fasya Lata (TFL) flepleri ve muskulokutanöz flepler tanımlanmıştır (14). Klinikte daha çok TFL flebi tercih edilir. Kas cilt adasıyla birlikte defekt alanına debridman sonrasında transpoze edilir (Foto 3).



Foto 3. Erken postoperatif TFL flebinin görüntüsü

İskial bası yaraları en sık görülen bası yarası türüdür ve rekonstrüksiyonu zorlu olup postoperatif komplikasyon ve rekürrens oranı fazladır (18). İskial bası yarası için tanımlanmış teknikler; fasyokutan flepler, muskulokutan flepler, ve perforatör flepler olarak sıralanabilir (13,16). Aksiyal pediküllü iyi kanlanan flepler tercih edilir. Bunlardan en sık kullanılan ve popüler olanı perforatör fleplerdir. Bu bölgede inferior gluteal arter perforatör flebi tercih edilir.

POSTOPERATİF BAKIM

Hastalar operasyon sonrası en az 2 hafta hastanede yatırılır ve günlük pansumanı yapılır. Operasyondan hastalar drenle çıkarılır ve drenler 24 saatlik dilimlerde takip edilir ve boşaltılır. Özellikle immobil hastalarda mobil hastalara göre drenler daha fazla kalır. Dren <25 cc olduğunda çekilir. Dikişleri ortalama 3 haftada alınır. Hastalar hastanede yatarken fizik tedaviye başvurulur ve fizik tedavi ve rehabilitasyon programına alınır. Hastalara havalı yatak temin edilir ve bağırsak temizliği ve yara yerine gaita bulaşmaması konusunda hasta ve yakınları bilgilendirilir. Hastalara en az 1 ay operasyon alanına yatmaması istenir. Yara tamamen iyileştikten sonra

ilk gün 30 dakika oturmasına izin verilir ve cerrahi saha takip edilir. Yattığı durumda tekrar o bölgeden yara açılır ve ek cerrahi gerektirebilir (Foto 4). Bu süre yavaş yavaş artırılır. Hastalar, taburculuk sonrası 1.hafta 1.ay ve 3.ayda kontrollere çağrılır ve yakın takip edilir.



Foto 4: Postoperatif erken nüks görüntüsü

KAYNAKLAR

1. Haesler E, European pressure ulcer advisory Panel; national pressure Injury advisory Panel; Pan pacific pressure Injury alliance. Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: quick reference guide. Perth, Australia: EPUAP/NPIAP/ PPIA; 2019.
2. Kevin C.Chung. Pressure sores. Grabb and Smith's Plastic Surgery. Lippincott Williams&Wilkins(LWW) 2019.
3. Kierney PC, Engrav LH, Isık FF, Esselman PC, Cardenas DD, Rand RP. Results of 268 pressure sores in 158 patients managed jointly by plastic surgery and rehabilitation medicine. *Plast Reconstr Surg* 1998;102:765-72.
4. AHCPR(1992) Panel for the Prediction and Prevention of Pressure Ulcers in Adults: Prediction and Prevention, Clinical Practice Guideline.
5. Ford CN, Reinhard ER, Yeh D, et al. Interim analysis of a prospective, randomized trial of vacuum-assisted closure versus the healthpoint system in the management of pressure ulcers. *Ann Plast Surg* 2002;49(1):55-61.
6. Ricci JA, Bayer LR, Orgill DP. Evidence-based medicine: The evaluation and treatment of pressure injuries. *Plast Reconstr Surg* 2017;139:275e-86e
7. Solis LR, Liggins A, Uwiera RR, et al. Distribution of internal pressure around bony prominences: implications to deep tissue injury and effectiveness of intermittent electrical stimulation. *Ann Biomed Eng*. 2012;40:1740-1759.
8. Colen SR. Pressure sores. McCharty JG, ed. *Plastic Surgery*. Vol.6. Philadelphia: W.B.Saunders Company, 1990:3797-3838.

9. Gusenoff J. A., Redett R. J., Nahabedian M. Y. Outcomes for surgical coverage of pressure sores in nonambulatory, nonparaplegic, elderly patients. *Ann Plast Surg*. 48: 633, 2002.
10. Grotting J. C., Saltz R., Vasconez L. O. Pressure sores. In G. S. Georgiade and N.
11. G. Georgiade (Eds.), *Textbook of Plastic, Maxillofacial and Reconstructive Surgery*. 2nd edition. Vol 2. Baltimore: Williams, Wilkins, 1992 P: 1261
12. Akbaş H., Uysal A. Bası yaralı olgularda tedavi yaklaşımlarımız ve sonuçlarımız. *Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Dergisi*. 9: 106, 2001
13. Keys KA, Daniali LN, Warner KJ, Mathes DW. Multivariate predictors of failure after flap coverage of pressure ulcers. *Plast Reconstr Surg*. 2010;125:1725-1734.
14. Kwok AC, Simpson AM, Willcockson J, Donato DP, Goodwin IA, Agarwal JP. Complications and their associations following the surgical repair of pressure ulcers. *Am J Surg* 2018;216:1177-81.
15. Cushing CA, Phillips LG. Evidence-based medicine: pressure sores. *Plast Reconstr Surg*. 2013;132:1720-1732.
16. Lemaire V, Boulanger K, Heymans O. Free flaps for pressure sore coverage. *Ann Plast Surg* 2008;60:631-4
17. Yaşar B, Duru Ç, Ergani HM, Kaplan A, İğde M, Ünlü RE. Safe and easy way to reconstruct pressure ulcers: Gluteal artery perforator flaps. *Turk J Plast Surg* 2019;27:193-8.
18. Koshima I, Moriguchi T, Soeda S, Kawata S, Ohta S, Ikeda A, et al. The gluteal perforator-based flap for repair of sacral pressure sores. *Plast Reconstr Surg* 1993;91:678-83.
19. Catherina J: Sinnott, Steven Stavrides, et al. Dual-Plane Gluteal Myocutaneous Flap for Reconstruction of Ischial Tuberosity Pressure Wounds. *Ann. Plas. Surg* 2020;85:S23-S27.