

AMPUTE REHABİLİTASYONU

15. BÖLÜM

Merve AKDENİZ LEBLEBİCİER¹

GİRİŞ

Amputasyon bir ya da daha fazla kemiğin veya kemiğin bir parçasının çıkarılmasını içeren cerrahi işlemdir. Hastanın fonksiyonel durumunu ve günlük yaşam aktivitelerini etkileyen büyük bir travmadır. Ekstremitenin herhangi bir sebepten kaybı kişinin fonksiyonel, sosyal, psikolojik, mesleki açıdan problem yaşamasına neden olur (1,2). Ampute rehabilitasyonu amputasyon öncesi dönemden başlayarak kişinin toplum hayatına geri dönmesi ve mesleğini yeniden yapabilmesini amaçlayan operasyon öncesi ve sonrası devam eden bir süreçtir. Kişinin fonksiyonelliğini yeniden kazanmasında ortopedik cerrahi yöntemleri, protez tedavisi, rehabilitasyon tedavisi rol alır. Ampute rehabilitasyonu fiziyatrist, ortopedist, damar cerrahı, fizyoterapist, ergoterapist ve psikolog katılımıyla süren bir ekip işidir, multidisipliner yaklaşım gerektirir (3). Rehabilitasyon tedavisi ile hastanın disabilite seviyesini azaltmak; fonksiyonel, psikososyal, medikal ve sosyal açıdan hastanın iyileşmesini sağlamak hedeflenir (4).

Amputasyonlar en sık travma, konjenital hastalıklar ve ileri yaşta edinilmiş hastalıklara bağlı olarak oluşur. Genel olarak, genç yaşta travmaya bağlı amputasyonlar daha sık görülürken, ileri

yaşta hastalıklara ve bunların sonucunda vasküler hastalıklara bağlı ekstremitte kaybı daha sık görülür. Travma başta olmak üzere, özellikle gelişmiş ülkelerde diabetes mellitus ve buna bağlı vasküler komplikasyonlar, diğer vasküler hastalıklar ve ekstremitte tümörleri amputasyona yol açar (5,6). Ayrıca metabolik hastalıklara, akut ve kronik enfeksiyonlara, yanık ve donmalara bağlı da amputasyonlar görülmektedir (7). Alt ekstremitte amputasyonları oranı üst ekstremitteye oranla yaklaşık 5 kat fazla görünür. Amputasyonların %39'unu diz altı, %31'ini diz üstü, %15'ini dirsek altı, %8'ini dirsek üstü amputasyonlar oluşturur. Konjenital üst ekstremitte kayıpları ise 10.000 doğumda yaklaşık 4.1 oranındadır (6).

Amputasyon Endikasyonları

- 1) Periferik vasküler hastalıklar: Alt ekstremitte amputasyonlarının %70-80'i iskemik kökenlidir. Periferik vasküler hastalıklara bağlı amputasyonların yaklaşık yarısı diabetes mellitusa bağlıdır (8).
- 2) Travma: Vakaların %10-15'ini oluşturur. Özellikle masif doku kaybı ve damar yaralanması, 6 saatten uzun süren iske mi ve ciddi açık kırıklar sonrasında amputasyona gidilebilir (8,9).

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Merve AKDENİZ LEBLEBİCİER Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi FTR AD., merve1985akdeniz@hotmail.com

yeniden kazanmasında ortopedik cerrahi yöntemleri, protez tedavisi, rehabilitasyon tedavisi yer almaktadır. Rehabilitasyon süreci cerrahi öncesi dönemde başlar, cerrahi sonrasında egzersiz programı ile devam eder. Protez seçimi ve protez eğitimi hastanın amputasyon sonrası rehabilitasyon sürecinde önemli bir yer tutar.

KAYNAKLAR

1. Dajpratham, P., Tantniramai, S., Lukkapihochut, P. et al. Factors Associated with Vocational Reintegration Among the Thai Lower Limb Amputees. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 2008;91(2), 234-39.
2. Deans, S.A., Mcfadyen, A.K., Rowe, P.J. Physical Activity and quality of life: A study of a lower-limb amputee population. *Prosthetics and Orthotics International*, 2008;32(2), 186-200.
3. Tooms RE. General principles of amputations. In: Terry Canale, Ed., *Campbell Operative Orthopaedics*, 1998: 521-31.
4. Demey D. Post-amputation rehabilitation in an emergency crisis: from preoperative to the community. *International Orthopaedics*, 2012: 36, 2003-5.
5. Kohler, F., Cieza, A., Stucki, G. et al. Developing Core Sets for persons following amputation based on the International Classification of Functioning, Disability and Health as a way to specify functioning. *Prosthetics and Orthotics International*, 2009: 33(2), 117-29.
6. Esquenazi, A. Amputation rehabilitation and prosthetic restoration. From surgery to community reintegration. *Disability and Rehabilitation*, 2004: 26, 831-36.
7. Ephraim, P.L., Mac Kenzie, E.J., Wegener, S.T. et al. Environmental barriers experienced by amputees: The Craig Hospital Inventory of Environmental Factors—Short Form. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 2006;87, 328-33.
8. Russek AS. Exercises for Amputees. In Basmajian JV (Ed): *Therapeutic Exercise*, 1984: 421-40.
9. Moore TJ. Planning for Optimal Function in Amputation Surgery. In Bowker JH, Micheal JW (Eds): *Atlas of Limb Prosthetics*, 1992: 59-65.
10. Mnaymneh W. Tumor. In Bowker HK, Michael JW (eds): *Atlas of Limb Prosthetics*, 1992:45-57.
11. Bowker JH. Infection. In Bowker JH, Micheal JW (Eds): *Atlas of Limb Prosthetics*, 1992:39-43.
12. Lagana FJ, Weiner RI. When Amputation is necessary: Preoperative Assessment And Surgery. In: Lusardi MM, Nielsen CC (Eds). *Orthotics and prosthetics in rehabilitation*, 2000:363-77.
13. Nielsen CC. Etiology of amputation. In: Lusardi MM, Nielsen CC, eds. *Orthotics and prosthetics in rehabilitation*, 2000:327-36.
14. Erdem HR. Ampute Rehabilitasyonu. In: Beyazova M, Kutsal YG, *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon*, 2016: 1363-81.
15. Walsh NE, Bosker G, Maria DS. Upper and lower extremity prosthetics. In Frontera WR, De Lisa JA, eds. *De Lisa's Physical Medicine and Rehabilitation*, 2010:2017-61.
16. Kuiken TA., Miller L., Lipschurtz R. et al. Rehabilitation of people with lower limb amputation. In: Braddom RL, eds. *Physical medicine & Rehabilitation*, 2007:283-323.
17. Gitter A, Bosker G. Upper and lower extremity prosthetics. In: De Lisa JA (Ed). *Physical Medicine and Rehabilitation*, 2005: 1325-54.
18. Erdem HR. Ampute rehabilitasyonu, Oğuz H. ed. *Tıbbi rehabilitasyon*, 2015: 719-38.
19. Kooijman CM, Dijkstra PU, Geertzen JH. Phantom pain and phantom sensations in upper limb amputees an epidemiological study, *Pain*, 2000; 87: 33-41.
20. Jeonard JA, Meier RH. Upper and Lower Extremity Prosthetics. In De Lisa JA, Gans BM (Eds): *Rehabilitation Medicine: Principles and Practice*, 1998:669-96.
21. Atkins D. Adult Upper Limb Prosthetic Training. In Bowker JH, Micheal JW (Eds): *Atlas of Limb Prosthetics*, 1992: 277-91.
22. Wonk CK, Edelsstein JE. Unna and Elastic Postoperative Dressings: Comparison of Their Effects on Function of Adults With Amputation and Vascular Disease. *Arch. Phys. Med Rehabil*, 2000;81(9):1191-8.
23. Kapps, Cummings D. Prosthetic Management. In Bowker JH, Micheal JW (Eds): *Atlas of Limb Prosthetics*, 1992: 453-78.
24. Ferguson J. Prosthetic feed. In: Lusardi MM, Nielsen CC (Eds). *Orthotics and prosthetics in rehabilitation*, 2000: 437-66.
25. Gaily RS, Clark CR. Physical Therapy Management of Adult Lower Limb Amputees. In Bowker JH, Micheal JW (Eds): *Atlas of Limb Prosthetics*, 1992:569-97.