

Bası Yarası Bulunan 476 Hastanın Etiyolojik ve Cerrahi Olarak Değerlendirilmesi

ETIOLOGIC AND SURGICAL EVALUATION OF 476 PATIENTS WITH PRESSURE SORES

Turgut ORTAK*, Rağıp ÖZDEMİR*, Ömer Faruk TANER**, Ramazan E.ÜNLÜ*, Ömer ŞENSÖZ***

* Op.Dr., Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi II. Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği,

** Dr., Dr.Muhittin Ülker Acil Yardım ve Travmatoloji Hastanesi, ANKARA

*** Doç.Dr., Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi II. Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, ANKARA

Özet

Amaç : Bası yarasının konservatif tedaviye cevap vermemesi, iyileşme süreci uzun atonik bir yara olması, hasta üzerinde olumsuz etkiler yaratması Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniklerine başvurularda etkili olmaktadır. Çalışmamızda kliniğimizde tedavi edilen bası yarası olgularının etiyolojisini, yaş gruplarını, bası yarası bölgelerini, uygulanan cerrahi prosedürleri, operasyon komplikasyonlarını ve cerrahinin tekrarlandığı olguları araştırdık

Materyal – Metod: 1990-2001 yılları arasında kliniğimize başvuran veya başka kliniklerde yatmakta olup tarafımızdan takibi yapılan 476 bası yaralı hasta etiyoloji, yaş grupları, bası yarası bölgeleri, uygulanan cerrahi prosedürler, operasyon komplikasyonları ve cerrahinin tekrarlandığı olgular araştırıldı.

Bulgular: Kliniğimizde takibi yapılan 476 hastanın yaşı 1-79 arasında değişmekteydi, 119'u bayan, 357'si erkek hasta idi. Etiyolojide hastaların çoğunluğunda travma hikayesi mevcuttu. Bası yaralarının çoğunluğu sakral bölge lokalizasyonlu idi. Bası yarası bulunan 476 hastanın 42'sinde multipl bası yarası mevcuttu. Bası yaralarının boyutları 1x2 cm ile 21x26cm arasında değişen boyutlardaydı. Hastaların yaşı, genel durumları, oluşan bası yarasının durumu, kazandırılacak olan yaşam konforları göz önüne alınarak değişik operasyon teknikleri uygulandı. Hastalara uygulanan cerrahi tekniklerden sonra oluşan komplikasyonlar arasında; 7 hastada deri grefti kaybı, 19 hastada parsiyel flep kaybı, 2 hastada total flep kaybı, 7 hastada sütür açılması, 13 hastada bası yarasının tekrarlanması, 17 hastada flep altında hematoma birikmesi gözlemlendi.

Sonuç: Bası yaralarının çoğunluğu sakral bölge lokalizasyonlu 476 hastada idi. Uzun dönem takiplerde başarılı sonuçlar aldığımızı tesbit ettik.

Anahtar Kelimeler: Bası yarası, Flepler

T Klin Tıp Bilimleri 2003, 23:18-22

Dekübit terimi latince “sırt üstü yatmak” anlamına gelen “decumbere” teriminden köken almakta olup doğru ve genel bir tanımlama değildir. Bir çok yazar tarafından önerildiği şekilde bası yarası veya bası ülseri terimleri etiyolojik nedeni yansıtmaması nedeniyle daha doğru tanımlamalardır (1-3).

Summary

Purpose: Since pressure sores do not respond well to the conservative treatment modalities, have the atonic wound characteristics that need a long healing period, and the negative psychological effect on the patients, these factors are all effective on the application to the Plastic and Reconstructive Surgery Clinics. We investigated the patients treated for the pressure sores in our clinic for the etiology, age groups, pressure sore regions, surgical procedures, surgical complications and re-operations in this study.

Material and Method: 476 patients with pressure sores who applied to or followed up by our clinic between 1990-2001 were investigated for the etiology, age groups, pressure sore regions, surgical procedures, surgical complications and re-operations in this study.

Findings: The age of the 476 patients, 119 female and 357 male, followed up by our clinic were between 1 and 79. Trauma history was obtained mostly in the etiology. Sacral region was the mostly encountered region. There were 42 multiple pressure sores in 476 patients. The size's were between 1x2 cm and 21x26 cm. The surgical techniques were applied according to the age, condition of the pressure sores, gains of the patients. Skin graft loss in 7, partial flap necrosis in 19, total flap loss in 2, wound dehiscence in 7, re-occurrence of pressure sores in 13, and hematoma formation underneath the flap were encountered as the complications.

Results: Sacral pressure sores were mostly encountered in 476 patients. We obtained successful outcomes of the surgeries at the late follow up period.

Key Words: Pressure sore, Flaps

T Klin J Med Sci 2003, 23:18-22

Bası yaralarına ait ilk klinik veriler Mısır mumyalarındaki patolojik değişikliklerin incelenmesi ile elde edilmiştir. İlk olarak Paget 1873 yılında yatak yaralarının basınca bağlı olarak geliştiğini öne sürmüştür (4,5).

Günümüze kadar yapılan çalışmalar göz önüne

Tablo 1. Yaş gruplarına göre hasta sayılarının dağılımı

Yaş aralığı	1-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80
Hasta sayısı	9	76	129	98	47	68	37	12

alındığında bası yarası gelişmesinde en önemli faktörün basınç olduğunu görmekteyiz. Basınca maruz kalınan süre, basıncın şiddeti ve basınca maruz kalma şekli (aralıklı ve aralıksız) dokuda oluşan hasarın derecesini belirleyen faktördür. Bası yarası oluşmasında diğer etkili risk faktörleri ise; paraplejik hastalarda ilk rastlanan immobilitedir. Hareketsizlik ve sınırlanmış aktivite uzun süreli basınca maruz kalmada önemli bir etkidir. Bu hastaların özellikle gece hareket sayılarının 20 den az olması bası yarası için bir risk teşkil etmektedir. Bası yarası oluşmasında duyuşsal algılama ve bilinci etkileyen ayrıca hareket azalmasına yol açan; serebrovasküler hastalıklar, parapleji, multipl skleroz, periferik nöropati, Parkinson, Alzheimer gibi nörolojik hastalıkların varlığı da oluşma riskini etkilemektedir. Kalp ve dolaşım sistemini etkileyen hastalıklar da doku perfüzyonunun azalması ve nöropati yoluyla bası yarası oluşturma riskine sahiptir. Bazı ilaçlar özellikle steroidler deride incelme yaratarak bası yarası oluşma riskini artırırlar. Akut hastalık hali, yaşlılık, beslenme problemleri, masserasyon gibi nedenlerin de bası yarası oluşma riskini artırdığı gösterilmiştir. Bu predispozan faktörler ile oluşan bası yarasının cerrahi tedavisinde günümüze kadar bir çok teknik tariflenmiş ve tariflenmektedir (6-17).

Materyal-Metod

Kliniğimizce takibi yapılan 476 hastanın; etiyojisi, yaşlara göre dağılımı, bası yarası bölgesi, uygulanan tedavi şekli, oluşan komplikasyonları ve tekrarlamaya sıklığını araştırdık. Hastaların yaşı 1-79 arasında değişmekteydi, 119'u bayan, 357'si erkek hasta idi (Tablo 1). Etiyojide hastaların çoğunluğunda travma hikayesi mevcuttu (Tablo 2). Bası yaralarının çoğunluğu sakral bölge lokalizasyonlu idi. Bası yarası bulunan 476 hastanın 42'sinde multipl bası yarası mevcuttu (Tablo 3). Bası yaralarının boyutları 1x2 cm ile 21x26cm arasında değişen boyutlardaydı. Hastaların 423'ü sedasyon destekli lokal anestezi ile, 53'ü genel anestezi altında opere edildi. Hastaların yaşı, genel durumları, oluşan bası yarasının durumu, kazandırılacak olan yaşam konforları göz önüne alınarak değişik operasyon teknikleri uygulandı (Tablo 4). Hastalara uygulanan cerrahi tekniklerden sonra oluşan komplikasyonlar arasında; 7 hastada deri grefti kaybı, 19 hastada parsiyel flep kaybı, 2 hastada total flep kaybı, 7 hastada sütür açılması, 13 hastada bası yarasının tekrarlaması, 17 hastada flep altında hematoma birikmesi gözlemlendi.

Sonuçlar

Bası yarası fizyopatolojisinin iyi anlaşılmasına, risk grubunda olan hastalara dikkatle yaklaşılmasına, önlemeye yönelik uygulamaların artmasına ve gelişmiş cerrahi tekniklere rağmen, bası yaraları tıbbi ve cerrahi problem olmaya devam etmektedir. Bası yarası oluşmuşsa hastanın fizik tedaviye başlama süresi uzamakta, hem de genel durumu araya giren enfeksiyon gibi nedenlerle giderek bozulmaktadır. Bu durum doğal olarak hastaların hastanede kalış sürelerini de uzatmaktadır. Özellikle paraplejik hastalarda bası yaralarının önlenmesi çok önemli olup, oluşmuş ise bunun en etkili yöntemle kapatılması gerekmektedir. Bası yaralarında uygulanacak cerrahi prosedür defekt alanın olabildiğince duyuşlu dokularla yeniden yapılandırılmasını sağlamak, basıya dirençli cilt içeren doku getirmek ana amaçlar olmalıdır. Hastanın, hasta

Tablo 2. Hastaların etiyojilerine göre sınıflandırılması

Etiyojisi	Hasta Sayısı
1- Travmatik parapleji	
a- Penetran yaralanmalar	96
b- Künt yaralanmalar	317
2- Travmatik olmayan parapleji	
a- Doğumsal	5
b- Akkiz	24
3- Travmatik ve paraplejik olmayan	
a- Serebral fonksiyon bozukluğu	11
b- Kronik düşkünlük oluştran hastalıklar	16
c- Geriatrik hastalıklar	7

Tablo 3. Lokalizasyonlarına göre bası yaralarının dağılımı

Lokalizasyon	Hasta sayısı
Sacral	197
Ischial	42
Trochanteric	174
Paralumbal	2
Ayak - topuk	14
Thoracolumbal spine	8
Pretibial	2
Malleol	4
Thoracal	2
Crista iliaca	10
Occiput	4
Temporal	2
Scapular	5
Diz bölgesi	6
Dirsek bölgesi	4

Tablo 4. Uygulanan cerrahi tekniklerin hastalara dağılımı

Uygulanan cerrahi teknik	Hasta sayısı
Deri grefti	23
Z plasti	5
V-Y ilerletme flebi	85
Bilateral V-Y flebi	41
Fasciocutan rotasyon flepleri	76
Fasciocutan transpozisyon flepleri	43
Gluteus maximus kas deri flebi	21
Bipediküllü fasiokutan flepler	19
Tensor fascia kas deri flebi	33
Gracilis kas deri flebi	16
Sartorius kas deri flebi	4
Adipofascial turn over flepleri	34
Island tensor fascia lata kas deri flebi	15
Siplit gluteus maximus kas deri flebi	21
Trapezius kas deri flebi	4
Medial- Lateral plantar arter kas deri flepleri	11
Sural arter flebi	4
Gastrokinemius kas deri flebi	3
Tranvers servical arter deri flebi	4
Expand deri flepleri	12
Dorsalis pedis arter deri flebi	2

yakınlarının, doktorun ve hemşirenin bilgilendirilmesi ve cerrahi tedaviden sonra erken rehabilitasyon gereklidir. Yalnız bir inanış da bası yaralı hastanın rehabilitasyon programına alınmamasıdır. Hastanın ameliyat sonrası 1-2 haftalık süre içerisinde cerrahi olarak takibi önemli olduğu için diğer zamanlarda rehabilitasyonun uygulanmasında bir sakınca görülmemelidir.

Bizim yaptığımız çalışma sonuçlarında; ülkemizde bası yarası etiyojisinde en büyük grubu travmatik paraplejiler oluşturmaktadır. Bu grubun büyük çoğunluğunu ise trafik kazaları sırasında oluşan travmalar almaktadır. Bası yarası görülme yaşının 21-40 arasında en çok olması da bu nedeni desteklemektedir. Yapılacak cerrahi girişim için genellikle genel anestezi gerekli olmamaktadır. Hasta sedatize edilerek lokal anesteziyle cerrahi teknikler rahatlıkla uygulanabilmektedir. Ameliyat sonrası bakım ve takip, uygulanan cerrahi prosedürün başarısı için mutlaka titizlikle yapılmalıdır. Hastaya ve yakınlarına gerekli aydınlatıcı bilgiler verilmeli ve uygulaması sağlanmaya çalışılmalıdır.

Hastalara uygulanan cerrahi tekniklerden oluşan komplikasyonlar arasında; 7 hastada deri grefti kaybı, 19 hastada parsiyel flep kaybı, 2 hastada total flep kaybı, 7 hastada sütür açılması, 13 hastada bası yarasının tekrarlama, 17 hastada flep altında hematoma birikmesi gözlemlendi. 7 hastaya tekrar deri grefti uygulandı. Parsiyel flep kaybı olan hastalardan 16'sına lokal yara bakımı ile sekonder iyileşme sağlandı, 3 hastada oluşan defektlere V-Y ilerletme flebi ve rotasyon flebi uygulandı. Total flep kaybı olan 2 hastaya expande deri flebi uygulandı. 7 hastada oluşan sütür açılmasına yara dudakları debridmanı takiben resütürasyon uygulandı. Hematom oluşan hastaların,

hematom boşaltılmasını takiben yeniden negatif basınçlı diren yerleştirildi.

Tartışma

Bası yarası olan hastaların oranı çalışmadan çalışmaya, ülkeden ülkeye, hastaneden hastaneye farklılıklar göstermektedir. Genel olarak insidans %3 – 8.8 arasında değişmektedir. Bası yaralarının %63'ü hastanede gelişmektedir. Ambulatuvar hastaların %10'unda, tekerlekli sandelyeye bağımlı hastaların %37'sinde ve yatağa bağımlı hastaların %53'ünde bası yarası oluşma riski saptanmıştır (7-10,12,14). Bizim hastalarımızdaki bası yaralarının çoğunluğunu da hastanede yatarken oluştuğunu tespit etmiş bulunuyoruz. Bizce bunda en önemli neden hastanın travma sonrası hastanede kalış süresi, akut safhada hastanın genel durumunun ve kabullenme psikolojisinin bozuk olması, yapılan fizik tedaviye olan uyum süreci, hasta ve hasta yakınlarının bu yeni duruma adaptasyonu ve bilgilendirilmeleri için geçen süre önemli olmaktadır. Daha geç dönemde ise hastanın ve yakınlarının sosyokültürel ve sosyoekonomik seviyesi ile psikolojik durumları etkili görünmekteydi.

Yaptığımız çalışmada bası yaralarının özellikle 21-40 yaşları arasında yoğunlaşması ve travmatik parapleji kategorisinin yüksek sayıda olması hasta eğitiminin ve toplum bilinçlendirilmesinin önemini birkez daha göz önüne alınması gerektiğini vurgulamak açısından bizce önemli görünmektedir.

Yapılan çalışmalarda, bası yarası lokalizasyonu klinik olarak önlemeye yönelik girişimlerde ipucu verebilir. Bası yarası lokalizasyonunda farklı çalışmalarda farklı veriler elde edilmesine rağmen genellikle; Ischial bası yaraları ilk sırayı almakta, Trochanteric, Sacral, Ayak – topuk, Malleol, Pretibial ve diğerleri olarak sıralanmaktadır (7-10,12,14). Bizim yaptığımız çalışmada Sacral bası yarası en fazla görülen lokalizasyon olarak karşımıza çıkmaktadır. Trochanteric, Ischial, Ayak – topuk bası yaraları bu lokalizasyonu izlemekteydi.

Bası yarasında fizyopatolojinin Charcot tarafından ortaya atılan nörotrofik faktör teorisinin Brown-Sequard tarafından yapılan çalışmalarla önemini yitirmesiyle, en önemli fizyopatolojik faktörün basınç olduğu görüşü destek kazanmıştır. Landis mikroenjeksiyon tekniği ile arterioller tarafta kan basıncının 32mmHg, kapiller yatakta 20mmHg ve venöz tarafta 12mmHg olduğunu saptamasıyla, deneysel olarak bası yarası oluşturulması ve basıncın fizyopatolojideki rolü üzerine olan araştırmalar başlamıştır (1-5,10).

Günümüze kadar yapılan çalışmalarda basıncın etkileri geniş kapsamlı olarak araştırılmıştır. Yapılan çalışmalarda basınca maruz kalınan süre, basıncın şiddeti ve basınca maruz kalma şekli (aralıklı ve aralıksız)

dokudaki hasarın derecesini belirleyen parametreler olarak değerlendirilmiştir. Basınca maruz kalınan bir bölgede gelişecek olan hasarın derecesi kritik basınç zaman oranı ile orantılı değişiklikler gösterir. Kritik basınç – zaman oranı = 70mm Hg (sabit) / 2 saat (aralıksız) formüle edilebilir. Kritik basınç zaman oranı aşıldığında, hücresel morfolojide geri dönüşümsüz iskemik değişiklikler, dokuda nekroz ve ülserasyon ortaya çıktığı vurgulanmaktadır. Bu oran aşılmadığı takdirde ise değişikliklerin geri dönebileceği vurgulanmaktadır. Bası yarası oluşumunda bir arada veya birbirinden bağımsız olarak gelişen iki sürecin meydana geldiği düşünülmektedir. Birincisi ortalama sistolik kapiller kan basıncının (sağlıklı kişilerde ortalama sistolik kapiller kan basıncı yaklaşık 25 mmHg düzeyindedir) üzerinde sürekli ve sabit bir basınca maruz kalan derinin mikrodolaşımında kan akımının durması, ikinci olarak da derin dokuların (yağ, fascia, kas ve kemik) kan damarlarında endotel hücre hasarı şeklinde başlayan mikrodolaşımda tromboz ile sonuçlanan bir süreç olduğu gösterilmiştir. Destrüksiyonun ilk olarak yağ, kas ve fascia dokusunda başladığı gösterilmiştir. Oturur ve yatar pozisyonda insan vücudunda bölgelere göre basıncın dağılımı Lindan ve arkadaşları tarafından ortaya konulmuştur. Buna göre; sırt üstü pozisyonda sakrum, kalçalar, topuklar ve oksiput 40-60 mmHg arasında değişen basınca maruz kalmaktadır. Yüzüstü pozisyonda diz ve göğüs 50mmHg basınca maruz kalırken, oturur pozisyonda ise iskiyal çıkıntılar üzerindeki basınç 80-100 mmHg düzeyinde olduğu gösterilmiştir. Bası yarası oluşmasını önlemeye yönelik girişimlerin temel prensibi iki saatten kısa aralıklarla ve dokulara basıncın etkilerine karşı direnç kazandırılması olarak söylenmektedir. Ancak yüksek basınca karşı tolerans, hastanın sağlık durumuna bağlı görünmektedir. Yüksek risk altındaki hastalarda hasar gelişmesi için gerekli olan basıncın şiddeti daha az ve basınca maruz kalma süresi daha kısa olarak gözlenmiştir. (1-6,9,12-14,17).

Bası yarası bulunan hastalara yaklaşımlar son yıllarda yapılan çalışmaların ışığında biraz olsun netlik kazanmaya başlamıştır. Yapılan çalışmalarda bası yarasının tedavi planındaki ilk adım her zaman basıncın ortadan kaldırılması olduğu görüşü savunulmaktadır. Bası yaralı hastaların beslenme desteklerinin önemli olduğu ve kan protein düzeyi 6 g/dl'nin üzerinde olmadığı sürece cerrahi girişim yapılmaması gerektiği savunulmaktadır. Dolayısı ile optimal yara iyileşmesi amacıyla yüksek proteinli diyet (135 g/gün), yüksek kalorili ve yüksek vitaminli diyetin yanısıra bazı yazarlar yaşlı hastalara 220 mg/gün çinko sülfat kullanılması gerektiğini vurgulamaktadırlar. Hastalarda bulunan kronik hastalığa bağlı aneminin düzeltilmesi gerektiği savunulmaktadır. Hastanın kan Hemoglobin düzeyinin 12 g/dl'nin üzerinde olması için

diyet programının yanı sıra demir preparatları ve kan transfüzyonu yapılması gerektiğinin altı çizilmektedir. Hastalarda bulunan spazmın giderilmesinin de hasta ve uygulanacak cerrahi tedavi açısından önemli olduğu kabul edilmektedir (1-5,11,15).

Bası yaralarının cerrahi tedavisi amacıyla günümüze kadar bir çok teknik ve cerrahi prosedür tariflenmiştir. Basıncın giderilmesi ile yüzeysel bası abrazyonlarının bir iki hafta pansumanla takiplerinde kapanacağı daha derin defektler için flep seçeneklerinin düşünülmesi gerektiği fikri ağırlık kazanmıştır. Cerrahide öncelikle enfeksiyonun eradike edilmesi ve iyi bir debridman yapılması gerekliliği üzerinde durulmaktadır. Günümüzde küçük değişikliklerle kabul edilmiş olan cerrahi prensipler mevcut görünmektedir. Bunlar; kavitenin ve defekti kuşatan deri ve enfekte eskar dokusunu kapsayacak şekilde ülserin debridmanı, enfekte bütün kemiklerin rezeksiyonu ve kemik çıkıntıların düzeltilmesi, dikkatli kanama kontrolü ve 7-10 gün süreyle negatif basınçlı direnç yapılması. Kas, deri-kas, deri greftlerinin kullanılması ile ölü boşluğun oblitere edilmesi, iyi kanlanan fleplerle defekt alanının kapatılması, sütür hattının bası gören bölgeden uzak olması ve en önemlisi ileride gereksinim duyulacak potansiyel fleplerin pediküllerinin korunması olarak sıralanmaktadır. Donör sahanın primer ve gergin olmaksızın kapatılması veya bu amaç ile deri grefti kullanılmasıdır. Yapılan çalışmalarda; deri greftlerinin basınca dayanıksızlığı yumuşak doku desteğinin yetersiz olması dezavantajı olarak söylenirken geçici fizyolojik örtü ve çok geniş defektlerde kullanılabilirliği avantajları olarak vurgulanmaktadır. Deri flebinin basıya daha dirençli olması, defekt bölgesi çevresinden planlanabilmesi avantajları olarak söylenmekte, aynı duyu dermatomları çevresinde olması nedeniyle duyulu olmaması ve geniş ve derin defektlerde yetersiz kalması bir dezavantaj olarak söylenmektedir. Kas deri fleplerinin bası yarısında kullanılmasında daha hacimli defektlerin kapatılması, getirilen kasın basıncı etraf dokulara dengeli bir şekilde dağıtması, enfeksiyon ve osteomyelite karşı daha dayanıklı olması nedeniyle kullanılabilirliğini ama kasların deriden basınca daha az dayanıklı olmasının da dezavantajı olduğu gösterilmiştir. Duyulu fleplerin hasta açısından bir avantaj olacağı kesin olarak gözükmemektedir. Ne yazık ki duyulu flep planlamanın her hastada mümkün olmadığı görülmüştür. Ekspande fleplerin kullanımının avantajı yeterli doku olmadığı görülmüştür, ama iki aşamalı olması ve uzun süre alması dezavantajı olarak değerlendirilmiştir. Bası yarısında nadir de olsa malignite gelişimi bildirilmiştir (1-5,18-32).

Genel olarak bası yarası oluşmasını önlemeye yönelik yöntemler ise; sık aralıklarla derinin takibi, hastada bası yarası oluşma riskinin gözlemlenmesi, derinin kurumaya

karşı korunması, inkontinans, terleme ve yaradan sızan akıntının yol açacağı ıslaklığın önlenmesi, yatağa bağımlı hastalarda her iki saatte bir, sandalyeye bağımlı hastalarda 15 dakikada bir pozisyon değişikliği ile basıncın azaltılması, mümkün olabildiğince hastanın beslenme durumunun düzeltilmesi, basıncın etkilerini azaltan araçların kullanılması (havalı yatak sistemleri gibi), yatağın baş kısmının olabildiğince düşük seviyede tutulması gibi önlemlerin yararları görülmüştür (1-5).

Yapılan bu çalışmada bası yaralarının çoğunluğunun travmatik parapleji sonrası gerçekleştiğini gözlemledik. Özellikle 21-40 yaşlar arasında bir yoğunlaşma tespit ettik. Bası yeri lokalizasyonundaki farklılık hastaların primer patolojileri yanında hasta ve hasta yakınlarının bu konuda bilinçlenmesinden kaynaklandığını düşünüyoruz. Bası yaralı hastaya ilk yaklaşımın akut safhada onun içinde bulunduğu psikolojik durumu ortadan kaldırılması ve hastanın bu olayı kabullenmesi gerektiğini düşünüyoruz. Hastaların rehabilitasyonu ve yeniden topluma kazandırılması için bizce gerekli görünmekte. Hastayla birlikte hasta yakınlarının ve doktorun bu konuda bilinçlendirilmesinin oluşabilecek bası yarası riskini azaltmakta olduğunu gözlemledik. Bası yarası oluşmuş ise; hastanın optimal şartlarda yani protein açığının kapatılması, kan biyokimyasının cerrahi operasyon için ideal veya ideale yakın hale getirilmesi cerrahi operasyonun başarısı için gerekli görünmektedir. Bizim klinik uygulamamızda operasyonun genel anestezi yerine sedasyon ve lokal anestezi altında yapılmasının; hastanın ameliyatına bakış açısını değiştirmesi, hastanede kalış süresinin azalması, rehabilitasyonun daha erken başlayabilmesi ve genel anestezi komplikasyonları yönünden avantajlı olduğunu gördük. Hastaların spastik kasılmaları göz önüne alındığında lokal anestezi cerrahiye dezavantaj oluşturmaktadır. Hastalara uygulanacak cerrahi teknikler mümkünse duyu dokuların değil ise defektin büyüklüğüne ve alttaki dokuların durumuna göre kas-deri flepleri veya deri fleplerinin tercih edilmesinin avantajlı olacağını düşünüyoruz. Postoperatif 1-2 hafta hastaların takibinde daha dikkatli olunması cerrahi başarı için önemli görünmekteydi.

KAYNAKLAR

- Marschall MA, Cohen M. Pressure sores. Master of plastic and reconstructive surgery. Little Brown, 1994: 1371-86.
- Colen SR. Pressure sores. McCarthy Plastic surgery. W.B. Saunders. 1990;6: 3797-838.
- Mancoll JS, Phillips LG. Pressure Sores. Plastic surgery Grabb and Smith's. fifth edition. Lippincott-Raven 1997.1083-97.
- Vasconez LO, Schneider WJ, Jurkiewicz MJ. Pressure sores. Curr Prob Surg 1977. 14:1-8.
- Marschall M, Dolezal RF, Cohen M. Pressure sores. Probl Gen Surg 1989. 6:682-7.
- Daniel RK, Wheatley DC, Priest DL. Pressure sores and paraplegia: An experimental model. Ann Plast Surg 1985. 15:15-9.
- Leshem OA, Skelskey C. Pressure ulcers: Quality management, prevalence, and severity in a long term care setting. Adv Wound Care 1994; 7:50-6.
- Meehan M. National pressure ulcer prevalence survey. Adv. Wound Care 1994; 7:27-32.
- Phillips LG, Robson MC. Pathobiology and treatment of pressure ulcerations. Plastic Surgery, Principles and Practice. Mosby, 1990: 1223-51.
- Brown-Sequard CE. Experimental researches applied to physiology and pathology. H Bailliere, 1853.
- Mulholland JH, et al. Protein metabolism and bedsores. Ann Surg 1943. 118:1015-9.
- Petersen NC, Bittmann S. The epidemiology of pressure sores. Scand. J Plast Surg 1971. 5:52-7.
- Thomson HG, Azhar AM, Healy H. The recurrent neurotrophic buttock ulcer in the meningocele paraplegic: a sensate flap solution. Plast Reconstr Surg 2001;108(5):1192-6.
- Gould D, James T, Tarpey A, Kelly D. Intervention studies to reduce the prevalence and incidence of pressure sores: a literature review. J Clin Nurs 2000; 9(2):189-98.
- Anthony D, Reynolds T, Russell L. An investigation into the use of serum albumin in pressure sore prediction. J Adv Nurs 2000; 32(2):359-65.
- Robson MC, Mannari RJ, Smith PD, Payne WG. Maintenance of wound bacterial balance. Am J Surg 1999; 178(5): 399-402.
- Nwomeh BC, Yager DR, Cohen IK. Physiology of the chronic wound. Clin. Plast. Surg. 1998; 25(3): 341-56.
- Disa JJ, Carlton JM, Goldberg NH. Efficacy of operative cure in pressure sore patients. Plast Reconstr Surg 1992; 89:272-7.
- Daniel RK, Faibisoff B. Muscle coverage of pressure point: the role of myocutaneous flaps. Ann Plast Surg 1982; 8:446-51.
- Dibbell DG. Use of a long island flap to bring sensation to the sacral area in young paraplegics. Plast Reconstr Surg 1974; 54:220-5.
- Ger R, Levine SA. The management of decubitus ulcers by muscle transposition-an eight year review. Plast Reconstr Surg 1976; 58:419-24.
- Singh DJ, Bartlett SP, Low DW, Kirschner RE. Surgical reconstruction of pediatric pressure sores: long term outcome. Plast Reconstr Surg 2002;109(1):265-9.
- Ağaoğlu G, Kayıkcıoğlu A, Şafak T, Keçik A. Lateral calcaneal artery skin flap. Ann Plast Surg 2001; 46(5):572-3.
- Rubayi S, Kiyono Y. Flap surgery to cover olecranon pressure ulcers in spinal cord injury patients. Plast Reconstr Surg 2001; 107(6):1473-81.
- Akan MI, Sungur N, Özdemir R, Kılınc H, Şensöz Ö. Pac Man flap for closure of pressure sores. Ann Plast Surg 2001; 46(4): 421-5.
- Ulusoy G, Akan IM, Şensöz Ö, Özdemir R. Bilateral extended V-Y advancement flap. Ann Plast Surg 2001; 46(1):5-8.
- Simmons DJ, Wharton SM. An unusual application of a tissue expander. Br J Plast Surg 2000; 53(2):175.
- Baran CN, Çelebioğlu S, Civelek B, Şensöz Ö. Tangentially split gluteus maximus myocutaneous island flap based on perforator arteries for the reconstruction of pressure sores. Plast Reconstr Surg 1999. Jun. 103(7):2071-6.
- Akan M, Ulusoy G, Bilen B, Kapucu R. Modified bilateral advancement flap: the slide-in flap. Ann Plast Surg 1999; 42(5):545-8.

30. Keser A, Şensöz Ö, Mengi S. Double opposing semicircular flap: a modification of opposing Z-plasty closing circular defects. *Plast Reconst Surg* 1998; 102(4):1001-7.
31. Wechselberger G, Schoeller T, Otto A. Principles in the operative treatment of pressure sores. *Arch Surg* 1998; 133(4):465.
32. Bostwick J, Pendergrast WJ, Vasconez LO. Margolin's ulcer: an immunologically privileged tumor?. *Plast Reconst Surg* 1976; 57:66-73.

Geliş Tarihi: 29.04.2002

Yazışma Adresi: Dr.Turgut ORTAK
Ankara Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi,
2. Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği,
Sıhhiye, ANKARA