

ATİPİK BÖLGEDE GELİŞEN BASI YARASI

AN ATYPICAL LOCALIZATION FOR PRESSURE ULCER

Selami Serhat Şirvan, Kamuran Zeynep Sevim, Dağhan Dağdelen, Semra Karşıdağ, Banu Nursoy Şirvan, Leyla Terhan
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik, Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İSTANBUL

Sayın Editör;

Bası yaralarını genel olarak değerlendirdiğimiz zaman yatak veya tekerlekli sandalye ile vücudun temas ettiği yerler arasında geliştiği gözlenmektedir. Ancak derinin basınca maruz kaldığı her alanda gelişebileceği unutulmamalıdır. Çocuk Yoğun Bakım Kliniğine yatışının 4. gününde sağ taraf klavikula ve sağ taraf angulus mandibula lokalizasyonunda önce hiperemi ile başlayan sonrasında ekimotik hale gelen lezyonları nedeniyle Çocuk Enfeksiyon, Çocuk Cerrahisi ve Kulak Burun Boğaz kliniklerine konsulte edilen ve sonuç alınamaması üzerine tarafımıza konsulte edilen olgu sunulmaktadır.

Spina bifida ve meningomyelosele tanıları bulunan ve ventriküloperitoneal şantı mevcut olan hasta konvulziyon geçirmesi şikayeti gelişmesi üzerine Çocuk Acil servisine başvurmuş. Yapılan değerlendirme sonrasında hasta takip amaçlı olarak Çocuk Kliniğine yatış verilmiş. Yatışının 3. gününde solunum arresti gelişmesi üzerine Çocuk Yoğun Bakım Ünitesine transfer edilmiş. Yoğun Bakım Ünitesine yatışının 4. gününde sol taraf servikal alanda hiperemik kitle (Şekil 1) geliştiği fark edilen hastanın ateşlerinin devam ediyor olması göz önünde bulundurularak enfeksiyon öntanısı ile Çocuk Enfeksiyon Kliniğine konsulte edilmiş. Kan kültürlerinin tekrarı istenen hastanın mevcut antibiyoterapisi Seftriakson'dan Meropenem'e değiştirilmiş. Yine mevcut lezyon için Çocuk Cerrahisi Kliniğine de konsulte edilen hastaya istenilen USG sonucunda lenfadenopati veya abse formasyonu düşünülmemiş; bunun üzerine Çocuk Cerrahi Kliniği tarafından ek bir öneri yapılmamış. Bunun üzerine hasta mevcut lezyon açısından KBB kliniğine konsulte edilmiş; KBB tarafından mevcut lezyonun drenaja uygun olmadığı ifade edilen lezyon için ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) denenmiş ve gelen sınırlı materyal değerlendirilmek üzere patolojiye gönderilmiş. Son olarak hasta tarafımıza konsulte edildi. Hasta değerlendirilmek için gidildiğinde hasta sırt üstü ve baş sağ omuz üzerinde yatar pozisyonunda idi. Sırtında mevcut deformasyon hattında yaklaşık 6x5 cm evre II bası yarası olduğu gözlemlendi (Şekil 2), boyunda ve çene-



Şekil 1. Omuz başı ve mandibulada mevcut lezyonlar



Şekil 2. Lomber alanda yerleşim gösteren bası yarası

de mevcut lezyonlar için öncelikle kateter uygulaması hakkında sorgulandı. Mevcut lezyon bölgesinden da önceden kateter uygulanmamış olan hastanın lezyonları palpe edildiğinde kemik çıkıntı hatları üzerinde geliştiğinin gözlenmesi üzerine hastanın yatış pozisyonu sorgulandı. Bunun üzerine hastaya uygulanan diğer yatış pozisyonları arasında manibula angulus ve klavikula akromial başı arasında temas olacak şekilde başın yana yatırıldığı gözlemlendi ve mevcut lezyonların bası yarası olduğu düşünüldü. Hastaya pozisyon değişikliği, havalı yatak kullanımı, iki saatte bir pozisyon değişikliği, bol proteinli beslenme gibi önerilerde bulunuldu. Yapılan sonraki takiplerde mevcut lezyonlarda gerileme olduğu saptanan hasta, genel durumundaki mevcut kötüleşme nedeniyle kaybedildi.

Bası yaraları özellikle kemik çıkıntılar üzerinde uzun süreli basınca maruz kalan alanlarda gelişen yumuşak doku yaralanmalarıdır.¹ Deneysel hayvan modellerinde 500 mmHg basınçta 2 saat içerisinde, 100mmHg basınçta 10 saat içerisinde bası yarası geliştiği gözlenmiştir.² Aslında bu en basit haliyle dış basıncın 33mmHg olan kapiller basıncı geçtiği durumlarda önce anoksi ve hücre hasarı, daha uzun sürdüğü durumlarda ise yumuşak doku nekrozu ve ülserasyon ile sonuçlandığı tabloyu karşımıza getirir. İmmobil hastanın postürü ile alakalı olarak farklı lokalizasyonlarda karşılaşılabilmektedir. Oturur durumda en yüksek basınç iskiyal çıkıntılarda³ ve ortalama olarak 100mmHg'nin üzeri olarak,⁴ supin pozisyonda sakral alanda 40-60 mmHg basınç ve lateral dekubit pozisyonunda trokanterik alanlarda 80 mmHg olarak saptanmıştır(5). Ayrıca hayvan modellerinde gösterilmiştir ki 450 mmHg gibi basınçlarda daha 5 dk süre ile basıncın ortadan kaldırılması bası yarası gelişmesi ihtimalini ortadan kaldırmaktadır.^{4,6} Bası yarası gelişmesinde basınç tek başına sorumlu tutulamaz. Patofizyolojide rol alan diğer etkenler sürtünme kuvvetleri, birbiri üzerinde kayan dokuların oluşturduğu zorlayıcı kuvvetler, cildin nemli kalması, hastanın pozisyonu, immobilizasyon, hastanın genel durumu, beslenmesi ve enfeksiyon sayılabilir.

Burada olgu sunumu olarak sizlerle paylaşmak istediğimiz hastada da görüldüğü üzere mental retar-

dasyon ve atipik postür alt yapısında karşılaşılabilecek olası bası yaralarına karşı alınan önlemlere rağmen (örneğin havalı yatak kullanımı) mandibula ve klavikula gibi gelişmesi olası görülmeyen lokalizasyonlarda bası yaraları saptanmıştır. Burada özellikle bu tip hasta grubunda daha tetikte olunması, bu tip lokalizasyonlar için silikon yastıkların kullanılması, aileye ve bulunduğu serviste takibinden sorumlu sağlık personeline özellikle her iki saatte bir en az 5 dk'lık postür değişikliğinin öğretilmesi önemlidir.

Daha dikkatli yaklaşım ve sık gözlem ile bası yaralarını daha erken farkına varılabileceğini hatta büyük çoğunluğunun önlenebileceğini umudunu taşıyoruz.

Dr. Selami Serhat ŞİRVAN

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Plastik, Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İSTANBUL

E-posta: selamisirvan@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Bauer J: Pressure Sores. Plast Reconstr Surg 2008;(121)1;121-8.
2. Daniel. Pressure sores and paraplegia: An experimental model. Ann. Plast. Surg. 1985;15:41-9.
3. Lindan O. Pressure distribution on the surface of the human body. I. Evaluationin lying and sitting positions using a "bed of springs and nails". Arch. Phys. Med. Rehabil. 1965;46:378-82.
4. Kosiak M: Etiology and pathology of decubitus ulcers. Arch Phys Med Rehabil, 1959;40:62-8.
5. Agrawal K: Pressure ulcers: Back to the basics, Indian J Plast Surg. 2012;45(2):244-54.
6. Dinsdale SM: Decubitus ulcers: Role of pressure and friction in causation Arch Phys Med Rehabil. 1974;55:147-52.